

供 覧	課 長	係 長	係

NO.	
-----	--

国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

被 保 険 者 証	記号・番号		個 人 番 号								
死 亡 年 月 日	平・令	年	月	日	葬 儀 執 行 年 月 日	平・令	年	月	日		
被 保 険 者 氏 名 (死 亡 者)		生 年 月 日	S H R	年	月	日	葬 祭 執 行 者 と の 続 柄				
死 亡 原 因		年 齢		歳			配 偶 者 ・ 父 ・ 母 子 ・ そ の 他 ()				
交 通 事 故 な ど 第 三 者 行 為 が 原 因 で 死 亡 し た 場 合	1 交通事故 2 その他() 該当する場合に○印をつける。										
葬 祭 費 支 給 申 請 額					20,000円						

振 込 先			<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信 用 金 庫 <input type="checkbox"/> 信 用 組 合 <input type="checkbox"/> 農 業 協 同 組 合 ()		<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 支 所 ()	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座 <input type="checkbox"/> ()				
	口 座 番 号										
	フリガナ										
	口 座 名 義 人										

上記のとおり被保険者証を添えて申請(請求)します。

令和 年 月 日

枕崎市長 殿

住 所 枕崎市

番地

申請者及び請求者
(葬儀執行者)

氏 名

印

連絡先 (電話 - -)