

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

葬祭を行う者  
住所

氏名 個人番号

電話番号 千葉県香取郡神崎町長 宛

|                                     |  |              |                 |             |  |
|-------------------------------------|--|--------------|-----------------|-------------|--|
| 受取口座                                | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |              |                 |             |  |
| 振込先                                 | 金融機関   |              | (フリガナ)<br>口座名義人 |             |  |
|                                     | 口座種別   | 普通・当座・その他（ ） | 口座番号            |             |  |
| 被保険者<br>記号・番号                       |  |              |                 |             |  |
| 死亡した被<br>保険者氏名                      |  |              |                 | 申請者<br>との続柄 |  |
| 死 亡<br>年 月 日                        | 年 月 日  |              | (喪失日 年 月 日)     |             |  |
| 葬 祭 執 行<br>年 月 日                    |  |              | 交通事故等の<br>第三者行為 | 有 ・ 無       |  |
| 葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。 |  |              |                 |             |  |
| 委任状 年 月 日                           |  |              |                 |             |  |
| 国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。          |  |              |                 |             |  |
| 氏 名 (葬祭を行う者)                        |  |              |                 |             |  |
| 代理人住所                               |  |              |                 |             |  |
| 代理人氏名 個人番号                          |  |              |                 |             |  |
| 確 認                                 | 1. 住民異動届による<br>2. 確認者氏名  |              |                 |             |  |