

# 国民健康保険 葬祭費支給申請書

金 50,000 円也

上記の金額を、下記により申請します。

尚、上記申請にかかる金額は、下記により支給してください。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名（葬祭執行者） \_\_\_\_\_ 印

死亡した被保険者の被保険者証記号番号 \_\_\_\_\_

八百津町長 殿

口座振込

振込先金融機関名	種別	口座番号	口座名義
銀行	普		フリガナ
信用金庫	・		
農協	当		
支店			

【申請者と口座名義人が違う場合】  
上記名義人の口座への振込を承諾します。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 【死亡者関係事項】

死亡した被保険者氏名		死亡年月日	年 月 日
続柄	申請者の	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）による
葬祭執行日	年 月 日		<input type="checkbox"/> その他

（以下、職員記載欄）

死亡事実については、住民基本台帳で確認済	
申請者が葬祭を行う者 であること確認	会葬礼状 ・ 埋火葬許可証
	葬儀の領収書
	その他（ ）