

# 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 \_\_\_\_\_

|                  |                                                                                                |               |        |      |                 |       |  |  |             |  |  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|------|-----------------|-------|--|--|-------------|--|--|
| 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) |      |                 |       |  |  |             |  |  |
|                  |                                                                                                |               | 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     |                                                                                                |               |        |      |                 |       |  |  |             |  |  |
| 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. _____<br>確認者氏名 |
|-----|----------------------------------|