

国民健康保険 葬祭費支給申請書

(あて先)糸魚川市長

※太枠内を記入してください

被保険者 記号番号	糸魚川				死亡した 被保険者名	フリガナ
死亡年月日	年	月	日	死亡原因	交通事故等 ・ その他	
葬儀年月日	年	月	日			
死亡3か月前 の加入保険	国保 ・ 社保本人 ・ 社保扶養 ・ その他					
※国保以外の健康保険から葬祭費に相当する給付を受ける資格のある方は、支給されません						
指定 振込 先	金融機関名	銀行・信用組合 本店 農協・信用金庫 労働金庫 支店				
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号			
	口座名義人	フリガナ		口座名義人の生年月日		
				年 月 日		
申請者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> その他(委任状添付)		申請金額	50,000 円		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 千 _____</p> <p>(葬祭を行う者) 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>被保険者との関係 _____</p> <p>電話番号 _____</p>						

窓口 に 来 た 人	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (全て記入不要)	氏名 _____ 申請者との続柄 _____
	<input type="checkbox"/> 申請者以外の方 (全て記入)	電話番号 _____

【本人確認】 免 ・ 個 ・ パ ・ 在 ・ 保 ・ 資 ・ 障 ・ 聴 ・ 職 ・ 通 ・ 他()

※市処理欄

収納	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり 【確認日】 R 年 月 日	収納担当	審査	受付	受付印
	入力	<input type="checkbox"/> 口座(相手方) <input type="checkbox"/> 国保総合(/) <input type="checkbox"/> 累積			