

# 国民健康保険 葬祭費 支給申請書

(あて先) 塩尻市長

年 月 日

申請者 (葬祭執行者)

窓口に来た方

〒  
住 所

※ 葬祭執行者の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

電 話

葬祭執行者  
との続柄

死亡者からみた葬祭執行者の続柄

下記のとおり申請します。

なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約します。

被 保 険 者 証 番 号			
死亡者の氏名	男・女	死亡者の生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日	葬祭執行年月日	年 月 日
死亡の原因	1 : 第三者行為 (交通事故等)      2 : その他 (疾病・自損事故)		
金 額	50,000 円		
振 込 先 金 融 機 関	銀 行	本 店	口座種類 1 普通 2 当座 3 その他 ( )
	信用組合	支 店	口座番号
	信用金庫	支 所	フリガナ 口座名義人
農 協	出張所		
委 任 状	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。) 国民健康保険葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。  申請者 (葬祭執行者) 氏名 _____ 印		