

国民健康保険 葬祭費支給申請書

申請額	¥ 5 0 0 0 0 -
-----	---------------

ただし、福知山市国民健康保険条例第6条による葬祭費

死亡者の被保険者 記号番	記号	福				番号				
死亡者の氏名										
死亡者の生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日										
死亡年月日 令和 年 月 日										
死亡の原因 <input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等)以外 <input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等)										
葬祭日 令和 年 月 日										
葬祭執行者	住所									<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	氏名									<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	電話番号									<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
上記の葬祭について他の健康保険等から本申請に相当する給付を受けた(受ける)ことの有無								有 ・ 無		

上記のとおり被保険者の葬祭を行ったため、葬祭費の支給を申請します。また、他の者が葬祭を行ったと申し立て権利を主張した場合は関係者間で解決することを誓約します。

令和 年 月 日

福知山市長 様

〒 -

申請者 住所 _____

フリガナ _____

氏名 _____

電話番号 _____ 死亡者との続柄 _____

委任の欄	葬祭執行者以外の方が給付金の受領をされる場合に記入してください。	<p>上記葬祭費の受領を、下記の者に委任します。</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>令和 年 月 日 葬祭執行者 _____</p>
------	----------------------------------	--

口座振替(送金)依頼	金融機関名			種目	口座番号					
	銀行			本店	普通 当座					
	信用金庫			支店						
	農業協同組合			支所						
フリガナ		_____								
口座名義		_____								
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用する。										

資格取得年月日	S・H・R 年 月 日	受付者	
死亡者個人コード			
上記の死亡に係る確認	1 住民基本台帳 2 死亡届 3 ()		

受付印