

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 30,000 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

令和 年 月 日

葬祭を行う者 住所
氏名
電話番号
個人番号

高知市長 様

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)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			
振込先	金融機関		銀行 信用金庫 農協	(フリガナ) 口座名義人	
			本店 支店 出張所 支所		
	口座種別	1. 普通 2. 当座		口座番号	
被保険者 記号・番号					
死亡した 被保険者氏名				申請者 との続柄	
死亡年月日	令和 年 月 日	喪失日	昭・平・令 年 月 日		
葬祭執行日	令和 年 月 日	交通事故等の 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 令和 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. 資格取得日	昭・平・令 . .			
	2. 添付書類	<input type="checkbox"/> 埋火葬許可証 <input type="checkbox"/> 支払領収書 <input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 確約書			
	3. 滞納	有 ・ 無		4. 銀行コード	
	5. 受付	R . . 〒 ・ センター ・ 担当者()			