

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

葬祭を行なう者 住所 _____
 氏名 _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____

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	口座番号
口座種別	1. 普通 2. 当座		
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

葬祭を行な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
(葬祭を行なう者) _____
 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()		