

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 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

葬祭を行う者 年 月 日

住所

氏名 ⑨ 個人番号

電話番号

後志広域連合 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）。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |              |                 |                 |  |
| 振込先   | 金融機関   |              | (フリガナ)<br>口座名義人 |                 |  |
|   | 口座種別   | 普通・当座・その他（ ） | 口座番号            | : : : : : : : : |  |
| 被保険者<br>記号・番号   |  |              |                 |                 |  |
| 死亡した被<br>保険者氏名  |  |              |                 | 申請者<br>との続柄     |  |
| 死 亡<br>年 月 日  | 年 月 日 (喪失日 年 月 日 )   |              |                 |                 |  |
| 葬 祭 執 行<br>年 月 日  |  |              | 交通事故等の<br>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。<br>委任状 年 月 日<br>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。<br>氏名 ⑨<br>(葬祭を行う者)<br>代理人住所<br>代理人氏名 ⑨ 個人番号 |  |              |                 |                 |  |
| 確 認   | 1. 住民異動届による<br>2.<br>確認者氏名 ⑨   |              |                 |                 |  |