

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 個人番号

電話番号

女川町長 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		(フリガナ) 口座名義人							
	口座種別	普通・当座・その他（ ）		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	年 月 日									
葬 祭 執 行 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 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. 住民異動届による 2. _____ 確認者氏名 _____									