

国民健康保険葬祭費支給申請書

金 50,000 円也

上記の金額を下記により申請します。

令和 年 月 日

申請者(葬祭執行者)

〒 住 所
氏 名
電話番号

印

池田町長 様

記

被保険者番号	—	世 帯 主 の 氏 名	
死 亡 した 被 保 険 者 氏 名		請求者から見た死亡した被保険者との続柄	
葬 祭 日	年 月 日	死 亡 原 因	☐ 第三者行為(交通事故等) ☐ その他

葬祭執行者申立書

上記のとおり被保険者の葬祭を執り行ったことに間違いなく、本件について万一、利害関係人から異議申し立てがあった場合には、私(申立者)の責任において対応及び解決することを誓約します。

申 立 者 住所
(葬 祭 執 行 者) 氏名
電話番号

口 座 振 込 指 定 場 所	金 融 機 関 名		口座番号	種別	フ リ ガ ナ 口 座 名 義
	銀行 金庫 農協	本店 支店		普通 ・ 当座	

死亡年月日	年 月 日
国保資格	有 ・ 無
滞納	有 ・ 無

受付印