

国民健康保険 葬祭費 支給申請書 兼 請求書

受付印

申請 請求 年月日	令和	年	月	日	本人確認	免・証・パ・住 他()	
世帯主	被保険者番号	崎 一					
	氏名						
死亡した者	フリガナ				世帯主 からみた 続柄		
	氏名						
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	
	死亡年月日	平成	年	月	日	死亡の原因	第三者行為 (交通事故等)
	葬祭執行年月日	平成	年	月	日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 葬儀執行者の氏名がわかるもの(会葬礼状、葬儀の領収書や請求書等)						
支給金額	50,000円						
葬儀執行者 (申請・請求者)	上記のとおり申請します。支給決定のうえは下記のとおり請求します。 (あて先) 大山崎町長 様						
	住所	〒 -					
	氏名				死亡した者 からみた 続柄		
	電話番号	- -					

上記のとおり申請します。なお、支給決定のうえは支給決定額を下記口座に振込みを依頼します。

金融機関コード		預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄			
金融機関名	銀行 農協 信用金庫	口座番号 (左ツメ)				
支店コード		フリガナ				
支店名	支店 出張所	口座名義人				

※ゆうちょ銀行への振込みを希望される方は、事前に振込用の支店名と口座番号を確認してください。

備考
<input type="checkbox"/> (国民年金加入期間がある場合) 死亡一時金の支給対象かどうか確認した。
<input type="checkbox"/> (年金受給者で厚生年金加入期間がない場合) 未支給年金の支給対象かどうか確認した。

保険税納税状況
受付