

葬祭費支給申請書

年 月 日

川場村長 様

申請人 (葬祭を行った者) 住所
 氏名 (印)
 死亡者との続柄
 電話番号

下記のとおり川場村国民健康保険保険給付に関する規則第4条の規定により、葬祭費の支給を申請いたします。

支給申請金額	50,000円		
死亡した被保険者の氏名・性別	男 女	被保険者証 記号番号	
生年月日	年 月 日生	個人番号	
死亡年月日	年 月 日	世帯主氏名	
葬祭年月日	年 月 日	死亡した被保険者の死亡時の住所	
振込先	金融機関名	銀行・農協 本店 信用金庫・信用組合 支店	
	口座番号	預金種類	1普通 2その他 ()
	フリガナ		
	口座名義人		

※申請人以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。			
年 月 日			
	申請人	住所 氏名	(印)
	代理人	住所 氏名	(印)