

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 30,000 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

松江市長
上定 昭仁 殿

受取口座	☐ 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）。 ☐ 振込口座を指定する。 記入不要				
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		(喪失日 年 月 日)		
葬 祭 執 行 年 月 日	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) 記入不要 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				