

国民健康保険 葬祭費支給申請書

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

支給金額

	¥	3	0	0	0	0	-
--	---	---	---	---	---	---	---

受付印

死亡者の氏名	
死亡年月日	年 月 日
葬祭日	年 月 日
死亡の原因 <small>※□に✓を入れてください。</small>	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> その他(自損事故・疾病等)

振込先の銀行・金庫・組合・農協名 <small>※□に✓を入れてください。</small>	支店名 <small>※□に✓を入れてください。</small>
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店

金融機関コード			支店コード		
口座番号 (左詰)		記号・ 番号	<small>※ゆうちょ銀行の場合は記入してください。</small>		

口座 名義 人	フリガナ					
	※カタカナで上段から左詰で記入してください。濁音・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マス空けてください。					
	漢字・アルファベット等					
	※上段より左詰で記入してください。姓と名の間は1マス空けてください。					

年 月 日

三原市長 様

申請者(葬祭責任者)の住所・氏名等

〒

--	--	--	--	--	--	--

住所

氏名

死亡者との
関係

電話番号