国 民 健 康 保 険

葬　祭　費　支　給　申　請　書

|  |
| --- |
|  |
| 　 | 被保険者番号 |  | 　 |
| 　 | 死　 亡 　者氏　 　　名 |  | 死亡年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 葬祭執行者の 氏 名 |  | 死亡者との続 柄 |  | 　 |
| 　 | 葬祭費支給額 | 　　　２０,０００ 円 | 　 |
|  | 第三者行為（交通事故等）による負傷 | 有 ・ 無 | ※第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届を提出してください |  |
|  |
|  | 受取口座 | □公金受取口座を利用　□下記の振込口座を指定（振込口座を記載してください）　　　　　　　 |  |
| 　 | 金融機関名 |  | 銀　　行信用組合信用金庫協同組合 |  | 本店支店本所支所 | 　 |
| 　 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | ＊右詰でご記入ください | 　 |
| 　 | フリガナ |  | 　 |
| 　 | 口座名義人氏名 |  | 　 |
| 上記のとおり申請いたします。　なお、葬祭費の振込については、上記口座を指定します。令和　　年　　　月　　　日　日出町長　　 　　様 |
| 葬祭執行者 | 　　　　〒住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名個人番号電話番号　　　　 |
| 代理届出人 | 住　　所　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　続柄：　　電話番号　　　 |