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 | | | | | | | | | | |