

国民健康保険 葬祭費 支給申請書

原村長 様

年 月 日

申請者（葬祭執行者）
住 所
氏 名
個人番号
電 話
死亡者からみた葬祭執行者の続柄

窓口に来た方
※ 葬祭執行者の場合、記入は不要です。
氏 名
葬祭執行者
との 続 柄

下記のとおり申請します。
なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約します。

記

被 保 険 者 の 記 号 番 号	世 帯 主 氏 名			
死亡者の氏名	死 亡 年 月 日		年 月 日	
個 人 番 号				
金 額	5 0 , 0 0 0 円		お葬式の年月日 年 月 日	
第 三 者 行 為 の 有 無	亡くなられた原因が、相手方のいる交通事故や、業務上の事故以外 の場合（疾病等）であれば、無に○をつけてください。			有 ・ 無
振 込 先 金 融 機 関	銀 行	本 店	口座種類	1 普通 2 当座 3 その他 ()
	信用組合	支 店	口座番号	
	信用金庫	支 所	フリガナ	
	農 協	出張所	口座名義人	
委 任 状	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。) 国民健康保険葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者（葬祭執行者） 氏名 (印)			

※ 被保険者資格に係る事実を記載した書面等及び本人確認書類・印鑑・振込先の口座番号等がわかるもの（預金通帳など）を持参のうえ、葬祭を行った日の翌日から2年以内に申請書を提出してください。
※ 国民健康保険税（料）に未納がある方は、納税相談のうえでのお支払いとなります。

事実の確認	上記のとおり死亡届のあったことを確認しました。 住民登録事務担当者
-------	--------------------------------------