

国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

被保険者記号・番号		柏国	
死亡した被保険者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	喪主との続柄		
	死 亡 年 月 日	令和	年 月 日
葬祭を行った年月日		令和	年 月 日
葬 祭 費		50,000円	

上記のとおり、葬祭費の支給申請及び請求をします。

令和 年 月 日

柏原市長 様

喪 主	住所		
	氏名	印	連絡先 ()
申請人	住所	喪主との続柄	
	氏名	印	連絡先 ()

振 込 先	名 称	銀行・信用金庫・農協		本店・支店	
	口 座 番 号		口 座 種 別	普通・当座・()	
	名義人(カナ)				
	名義人(漢字)				

(注) 本人確認書類、被保険者の資格に係る情報が確認できる書類、被保険者資格喪失届及び葬祭を行ったことを証明する書類を添えてください。

受 付 処 理 欄							
台帳入力	☐	システム 入 力	☐	個人番号		受付	