

# 国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 50,000 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし、下記内訳のとおり

葬祭を行う者

年 月 日

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

柏原市長 富宅 正浩 殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			
振込先	金融機関名			支店名
	口座種別	普通・当座・その他 ( )		(フリガナ)
	口座番号			口座名義人
被保険者 記号・番号	柏国			
死亡した被 保険者氏名			申請者 との続柄	
死 亡 年 月 日	年 月 日		喪失日	年 月 日
葬祭執行 年 月 日	年 月 日		交通事故等の 第三者行為	有 · 無

葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険葬祭費の受領を下記代理人に委任します。

氏名 (葬祭を行う者) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

確 認	1.住民異動による
-----	-----------