

国民健康保険葬祭費申請書

円

上記の金額の支給について、下記により申請します。

年 月 日  
 申請者 住所  
 (葬祭執行者) 氏名

(電話番号 )

美濃加茂市長 宛

被保険者証 の記号番号		死亡した被 保険者氏名	
死亡年月日	年 月 日	申請者との 続柄	
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等) <input type="checkbox"/> その他 (疾病等)	世帯主氏名	

振込先	金融機関	銀行 金庫 農協 信用組合 店							
	預金種目	普通 当座	口座番号						
	口座名義 (カナ)								

申請者と口座名義人が異なる場合、上記名義人口座への振込に承諾します。

申請者 (葬祭執行者) 氏名

上記の保険給付を未納の国民健康保険料に充当することができます。充当する場合は、次の「充  
当承諾書」に御記入ください。

充当承諾書

年 月 日

美濃加茂市長 宛

私は上記の保険給付を国民健康保険料に充当することを承諾します。

世帯主氏名

【事務処理欄】

◎資格取得年月日 年 月 日 事由

◎葬祭執行者の確認書類

<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> 葬儀の領収書	<input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------