

	主管課長	審議員	係長	係員	死亡の 事実確認者
丙					

国民健康保険葬祭費支給申請書（請求書）

被保険者証 記号・番号	小国・		世帯主氏名		
死亡した 被保険者 の氏名			世帯主と の続柄		
死亡年月日	令和 年 月 日				
葬祭執行 年月日	令和 年 月 日				
交通事故等の第三者による行為の有無			有 ・ 無		
金額	20,000円				
振込希望の 金融機関	銀行 農協	支店 支所	口座番号	普通 当座	
	フリガナ				
	口座名義人				
<p>上記のとおり申請（請求）します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (葬祭執行者)</p> <p>氏名 (印)</p> <p>連絡先 ()</p> <p>小国町国民健康保険 小国町長 殿</p>					

※口座が申請者（葬祭執行者）の名義でないときは、下欄に記入してください。

上記葬祭費の受領を右代理人に委任します。	
申請者（葬祭執行者） 氏名 (印)	代理人 住所 氏名 (印)