

	後期高齢者医療
	国民健康保険

添付書類		
会葬礼状	領収書	その他

葬 祭 費 支 給 申 請 書

後期高齢者医療の 被保険者番号又は 国民健康保険の記号・番号	
死 亡 者 氏 名	(歳)
死 亡 年 月 日	年 月 日
死 亡 の 原 因 (該当箇所)に○)	病気・老衰・交通事故(単独・相手がいる)・その他()
葬 祭 執 行 日	年 月 日
申 請 額	5 0 , 0 0 0 円

振込先	銀行・信金	支店コード()	普 ・ 当	口座番号	※右詰に記入してください。	
金融機関	農協・信組	支店				
支給額は上記口座に 振り込んでください。		(カタカナ記入) 口座名義人				

※記入後、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人について、再度の確認をお願いします。
訂正する場合には、二重線で取り消し、余白に正しい内容を記入してください。

八 王 子 市 長 殿

私は、上記の者の葬祭を執り行いましたので、葬祭費の支給を申請します。
なお、私以外の者を口座名義人としている場合は、葬祭費の受領を委任しています。

年 月 日 千 一

住 所

葬祭執行者

氏 名

故人との関係()

電話(連絡先) () 一

事務処理欄	支払日	支給歴	資格	入力
-------	-----	-----	----	----