

国民健康保険葬祭費支給申請書

記 号 番 号	島45			世帯主氏名	
死亡者の氏名		死 亡 年 月 日		死亡の原因	
死亡の場所				葬祭の月日	年 月 日
葬祭を行なった 者 の 氏 名				死亡者との 続 柄	
交通事故等の第三者行為による療養		有 ・ 無			

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

住所

申請者

氏名

(電話番号)

西 会 津 町 長 様

※以下処理欄

決 裁				事 務 処 理 確 認	戸籍簿または住民登録票との照合確認印	
課 長	課長補佐	係 長	係		被保険者資格の有無	
					資 格 喪 失 届 の 届 出 年 月 日	
伺年月日： 年 月 日					給付台帳の整理者印	
決裁年月日： 年 月 日						

この申請書の内容を検討したところ、
適法と認められるので葬祭費を支給

この申請書の内容を検討したところ
適法と認められるので葬祭費を支給
してよいか伺います。

葬 祭 費 振込指定預金口座

金融機関名	信用金庫 ・ 商工信組 銀 行 ・ 農 協						
支店名等	支店 ・ 出張所						
預金の種類	1. 普 通 2. 当 座						
口座番号							
(フリガナ)							
口座名義人							

*口座名義は必ず喪主(申請者)の方を記入してください。