

受付印

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者番号					
死亡した 被保険者	住所	尾道市	丁目 町	番 番地	号
	氏名			死亡年月日	年 月 日
				葬祭年月日	年 月 日
第三者行為によるものですか (該当する□をチェックしてください。)			□はい □いいえ		
支給額	¥30,000-				

尾道市長 様

上記死亡者の葬祭は、間違いなく私が行いましたので、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

なお、私が葬祭費を申請し、及び受領することについて、第三者から異議等の申立てがあった場合、私がその第三者に対して責任を持って処理し、尾道市に対して一切迷惑はかけません。

年 月 日

申請者 (葬祭執行者)	住所	〒	市	丁目 町	番 番地	号	
	氏名						
	電話番号			死亡した被保険者 との続柄			
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協			支店・支所 出張所		
	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他()	口座番号				
	口座名義 カタカナ						

※葬祭執行者の振込先口座を記入してください。

※健康保険(本人)資格喪失後3か月以内に亡くなった場合は、前保険者へ埋葬料(費)の申請をしてください。