|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　**国民健康保険葬祭費支給申請書** | 受付印 |
|  |
| 被保険者番号 |  |
| 死亡した被保険者 | 住　所 | 尾道市　　　　　　 | 　　丁目　　　　　　　　番　　　　　号町　　　　　　　　　番地 |
| 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　　　　　　番　　　　　号町　　　　　　　番地 |
| 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。