

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証記号番号	琴浦		
死亡した 被保険者	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日 生
	死亡年月日	年	月 日
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> その他（自損事故・疾病等）	
葬 祭 年 月 日	年	月	日
支 給 申 請 額	20,000 円		

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。なお、支払いについては次の口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所

申請者(葬祭執行者)

氏 名

印

電 話 ()

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

死亡者との続柄 _____

琴浦町長 様

振込先金融機関名										預金種目	
銀行 信用金庫			本店 (所)				支店 (所)			1 普通 2 当座	
農協 信組 ()			出張所								
金融機関コード				店番号							
口座番号 (右詰めでご記入ください。)					フリガナ						
					口座名義						
委任状 (申請者以外の口座に振り込む場合に記入が必要です)											
委任する事項		国民健康保険葬祭費の受領に関する一切の権限									
委 任 者		住所					委 任 年 月 日				
(申 請 者)		氏名					年 月 日				
受 任 者		住所					委任者との続柄				
(口座名義人)		氏名					印				