

国民健康保険葬祭費支給申請書 金額 <u>50,000</u> 円				
死亡者が加入していた国民健康保険証の番号及び住所並びに世帯主名	記号番号	井越	(※担当者確認) 未 有 ・ 無	
	世帯主	住所 氏名	本人・本人以外 ()	
死亡者の氏名、死亡日及び他法給付金の有無	死亡者	氏名		
	死亡日	年 月 日	別の健康保険からの埋葬料を受給できますか	はい・いいえ
国保資格期間 (記入不要)		年 月 日～		
葬儀執行日及び執行者名	葬儀執行	年 月 日		死亡者との続柄
	執行者	氏名		
上記のとおり葬祭費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> なお、本申請に基づく葬祭費の受領を次の振込先の名義人に委託します。 年 月 日 葬儀執行者 住所 氏名 印 (TEL) 越前市長 殿				

捨印



振込先 : 金融機関名	種別	口座番号 (7桁の番号)	口座名義
銀行 信用金庫 労働金庫 農協	本店		カガナ
	支店 出張所		普通 当座