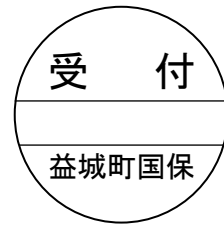


課長	係長	審査・処理	受付者



葬祭費支給申請書

支給額	2	0	0	0	0	円
-----	---	---	---	---	---	---

益城町長様
益城町国民健康保険条例第8条の規定による葬祭費の支給を申請します。

※太線枠内を
ご記入ください。

届出日	令和 年 月 日	被保険証番号			
申請者 (喪主)	氏名	続柄	個人番号		
	住所				
届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 喪主と同じ		電話番号	-
	住所	<input type="checkbox"/> 喪主と同じ			
死亡者	死亡日	令和 年 月 日	葬儀日	令和 年 月 日	
	住所				
	氏名		個人番号		
振込先金融機関 (喪主の口座)	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	支店	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	<input type="checkbox"/> 座番号(右詰)				
	記号・番号 (ゆうちょの場合)	-			
	<input type="checkbox"/> 座名義人(カナ)				

役場記入欄

本人確認	1点	免・個・パ・在・障 住(有)・他()	2点	保・年手・年証・介 住(無)・重・ 他()	学・社・通・ キャ 他()	聴聞
第三者行為の確認 有・無	添付 書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状のコピー (喪主名記載の 領収書)	<input type="checkbox"/> 通帳のコピー	<input type="checkbox"/> 免許証のコピー (喪主が町外の 場合)		
兼命令起票日：令和 年 月 日						

国民健康保険葬祭費請求書

下記の金額を請求します。

請求金額 ¥20,000-

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

死亡者氏名		葬祭執行年月日	令和 年 月 日
-------	--	---------	-------------------