

久山町国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

久山町長 殿

申請者住所
申請者氏名 (印)
申請者個人番号
電話番号

久山町国民健康保険の被保険者の葬儀を行いましたので、久山町国民健康保険条例第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被保険者証の記号番号			
死亡者の氏名			
死亡者の個人番号			
死亡年月日	年 月 日	第三者行為の有無	
葬儀執行年月日	年 月 日	有 ・ 無	
葬儀執行者住所			
葬儀執行者氏名			
請求額	30,000円		

葬祭費の受領について、下記口座への振込を依頼します。

金融機関及び支店名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義			
(上段には名義カナを御記入ください。)			

口座名義は葬儀執行者名のものに限ります。

※以下の欄には記入しないで下さい。

保険税納付		支給決定
<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納		<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 却下