|  |
| --- |
| 国民健康保険葬祭費支給申請書　　一金　　 　　　　　円　　　上記金額を支給されるよう申請します。　　　　　　　ただし下記内訳のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　申請者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北海道砂川市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 振　込　先 | 金融機関 |  | （フリガナ）口座名義人 |  |
|  |  |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証記号番号 |  | 世帯主氏名 |  |
| 死亡した被保険者氏名 |  | 個人番号 |  | 申 請 者との続柄 |  |
|  |
| 死　　　亡年　月　日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　　　（喪失日　　　　　　　　　　） |
| 葬祭執行年月日 |  年　　　月　　　日 | 交通事故等の第三者行為 | 有　　・　　無 |
| 葬祭を行う場　　 所 | 　 |
| 確　　　認 | 　 １　住民異動届による　２　確認者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |