

国民健康保険葬祭費支給申請書

死亡した被保険者の 記号番号	新 発 田									
死亡した被保険者の氏名										
死亡年月日	令 和	年	月	日						
事件・事故との因果関係	① 無	② 有	()							
申請金額	5 0 0 0 0 円									
振 込 先	金 融 機 関 名 等	銀行・農協・ 信金・信組・労金							本店・支店	
	口 座 番 号	普通 当座								
	口 座 名 義 人	フリガナ			電話番号	—				
上記のとおり、国民健康保険葬祭費の支給を申請します。 令和 年 月 日 新 発 田 市 長 様 〔申請者〕 葬儀執行人 住 所 新発田市 氏 名 (死亡した被保険者との続柄)										
※別世帯の方の口座に振り込む場合は、下記の委任欄の記入をお願いします。										
委 任 欄	受 任 者 住 所									
	受 任 者 氏 名									
	委 任 者 氏 名 (申 請 者)	支給金額の受領を上記の者に委任します。 令和 年 月 日								