

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 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

葬祭を行う者
住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

日田市長 殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			
喪主 振込先	金融機関	銀行	(フリガナ)	
		支店	口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他 ()		口座番号
被保険者 記号・番号			世帯主氏名	
死亡した被 保険者氏名				申請者 との続柄
死 亡 年月日	(喪失日)			
葬祭執行 年月日			交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無
葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。				
委任状 年 月 日				
国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。				
氏名 _____ (葬祭を行う者) 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____ 個人番号 _____				
確 認				