

受付番号	受付者

国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

(申請先)上田市長

申請者 住 所 _____
 (お葬式を行う者) 氏 名 _____
 電話番号 _____
 死亡者との続柄 _____

下記のとおり申請します。

記

被保険者証の記号番号		世帯主氏名	
死亡者氏名		死亡年月日	年 月 日
個人番号			
金額	葬祭費	50,000円	お葬式の年月日 年 月 日
振込先金融機関	銀行 組合 金庫 農協	本店 支店 支所 出張所	口座の種類 普通 当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

委任状	※申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印をしてください。 国民健康保険葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任します。 申請人(お葬式を行う者)氏名 ㊞
-----	---

死亡者の資格取得年月日	年 月 日	資格確認	給付記録	収 納
(注) 死亡者が国民健康保険に加入して、3箇月以内に死亡したとき、以前に加入していた健康保険から、葬祭費(埋葬料)が支給された場合は対象となりません。				