

国民健康保険葬祭執行者申立書

被保険者番号								世帯主氏名	
死亡した被保険者氏名								生年月日	

葬祭執行者氏名		死亡した被保険者との続柄	
葬祭日	平成・令和 年 月 日		
葬祭場の名称			
葬祭場の住所			

上記のとおり葬祭を執行したことに相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

長崎市長 様

申立者（葬祭執行者）

住所

氏名

印

電話番号 () - () - ()