

# 国民健康保険葬祭執行者申立書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	世帯主氏名	長崎 太郎
死亡した被保険者氏名	国保 花子			生年月日	昭和●●年●●月●●日				

葬祭執行者氏名	国保 一郎	死亡した被保険者との続柄	子
葬祭日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
葬祭場の名称	(分からなければ空欄でよい)		
葬祭場の住所	(分からなければ空欄でよい)		

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

喪主（支給を受ける人）

長崎市長 様

申立者（葬祭執行者）

住所 長崎市■■町■番■号

氏名 国保 一郎 ⑩

電話番号 (■■■) - (■■■) - (■■■)