

確認欄		添付書類
住民基本台帳		<input type="checkbox"/> 会葬御礼 <input type="checkbox"/> 領収証（葬儀、埋火葬） <input type="checkbox"/> 埋火葬許可証 <input type="checkbox"/> 葬祭執行者申立書 <input type="checkbox"/> 後日郵送依頼
死亡届		
給付台帳		

第25号様式(第31条関係)

この色の部分をご記入ください。 国民健康保険葬祭費支給申請書

申請金額	20,000円		
被保険者 記号・番号	ながさき ○○○○○○○○	世帯主氏名	国保 太郎
死亡した 被保険者の氏名	国保 花子 (生年月日 ○○年○○月○○日)		
死亡年月日	○○年○○月○○日		
葬祭を行う日 又は行った日	○○年○○月○○日		
葬祭を行う者の 振込先預金口座	市役所 銀行 本店 普通 組合 桜町 支店 当座 6543210番 金庫 出張所 貯蓄		
備考欄	上記のとおり申請します。 ○○年○○月○○日 葬祭を行う者 住所 長崎市 桜町 番地 丁目 2番 22号 フリガナ コク ホ イチ ロウ 氏名 国保 一郎 (死亡した者との続柄 子) (電話 (095) 829局 1136番) (あて先)長崎市長		

喪主（葬祭を行ったかた）名義の口座をご記入ください。

喪主（葬祭を行ったかた）の住所・氏名をご記入ください。

*国民健康保険以外の保険から葬祭費に相当する給付を受けることができる場合については、支給されません。