

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 20,000 円 この色の部分をご記入ください。

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 令和 〇年 〇〇 月 〇〇 日

葬祭を行う者

住所 長崎市魚の町4番1号

喪主（葬祭を行ったかた）の住所・氏名をご記入ください。

氏名 国保 一郎

個人番号

電話番号 095 - 829 - 1136

「振込口座を指定する」横の□にチェック。

喪主（葬祭を行ったかた）名義の口座をご記入ください。

受取口座

- 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）。
- 振込口座を指定する。

振込先	金融機関	市役所 <small>銀行 信用金庫 信用組合 協同組合</small>	(フリガナ) 口座名義人	コクホ イチロウ
		桜町 <small>本店 支店 出張所</small>		国保 一郎
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> その他 ()	口座番号	1 2 3 4 5 6 7

被保険者記号・番号

ながさき・7654321

死亡した被保険者氏名

国保 花子

通常の死亡（病死等）は無に○してください。

申請者との続柄

妻

死亡年月日

令和 〇年 〇月 〇日 (喪失日 令和 年 月 日)

葬祭執行年月日

令和 〇年 〇月 〇日

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 令和 〇年 〇〇 月 〇〇 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 国保 一郎
(葬祭を行う者)

代理人住所 長崎市桜町2番22号

代理人氏名 国保 二郎 個人番号 _____

(注) 国民健康保険加入後3ヵ月以内が国民健康保険加入前に社会保険の被保険者（被扶養者は除く）であった場合は、国民健康保険から葬祭費（埋葬料）が支給される場合があります。ただし、社会保険から葬祭費（埋葬料）が支給されず、国民健康保険からは支給されません。

葬祭費の受領を代理人が委任する場合は、こちらの委任状欄に記入してください。

処理欄	生年月日確認欄	添付書類	受付
	<input type="checkbox"/> 身分証明書添付 <input type="checkbox"/> 身分証明書なし (昭・平・令 _____年 _____月 _____日)	<input type="checkbox"/> 領収書（葬儀・埋火葬） <input type="checkbox"/> 埋火葬許可証 <input type="checkbox"/> 会葬御礼	