

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 20,000 円

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 年 月 日

葬祭を行う者

住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ - _____ 長崎市長 殿

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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	(フリガナ) 口座名義人						
		本店 支店 出張所							
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号						

被保険者記号・番号 ながさき・

死亡した被保険者氏名 _____ 申請者との続柄 _____

死亡年月日 令和 年 月 日 (喪失日 令和 年 月 日)

葬祭執行年月日 令和 年 月 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 年 月 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 _____
 (葬祭を行う者)
 代理人住所 _____
 代理人氏名 _____ 個人番号 _____

(注) 国民健康保険加入後3か月以内に死亡された方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、社会保険から葬祭費(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)が支給される場合は、国民健康保険からは支給されません。

処理欄	生年月日確認欄(振込先が住登外者の場合のみ)	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	