

国民健康保険葬祭手当金申請書

被保険者証記号番号	
死 亡 者 氏 名	
喪 主 と の 続 柄	
死 亡 年 月 日	年 月 日
葬 儀 執 行 年 月 日	年 月 日

請求金額 金 20,000 円

上記の金額を請求します。

九 重 町 長 殿 年 月 日

(喪主) 住 所 都 道 市 区
府 県 郡

氏 名 印

個人番号

Tel (-)

該当する項目に○をつけてください。

- 1 : 第三者行為(交通事故等)
- 2 : 業務上の災害(通勤災害等)
- 3 : その他(自損事故・疾病等)

金 融 機 関 名	銀行 農協 組合 金庫
支 店 及 び 支 所 名	支店 支所 出張所
口座種別及び口座番号	普 当 No.
フリガナ	
口 座 名 義 人	

委任状	令和 年 月 日
	上記葬祭手当金の受領に関する一切の権限を 受任者 住所 氏名
	委任者 氏名

に委任します。

検収印