国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額　　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

年　月　日

葬祭を行う者
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福岡県大野城市長　殿

<table>
<tr><td>受取口座</td><td colspan="5">☐ 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。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込先</td><td>金融機関</td><td colspan="2"></td><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
口座名義人</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座種別　普通・当座・その他（　　）</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>死亡した被
保険者氏名</td><td colspan="3"></td><td>申請者
との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>死亡
年月日</td><td colspan="5">（喪失日　　）</td></tr>
<tr><td>葬祭執行
年月日</td><td colspan="2"></td><td>交通事故等の
第三者行為</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

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　　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

確認	1．住民異動届による 2． 確認者氏名