

支 給	確 認	作 成	受 付

受 付 番 号
—

様式第12号

国民健康保険葬祭費支給申請書					
被保険者証の 記号及び番号	記 号	市	番 号	申請額	円
死亡者 関係 事項	死亡年月日	平成 年 月 日			
	死亡の場所				
	死亡者氏名			申請人との 続柄	
	死亡の原因				
	葬祭執行年月日	平成 年 月 日			
上記のとおり申請します。					
平成 年 月 日					
申請人の住所 市川市 丁目 番 号					
フリガナ 氏 名 印					
市 川 市 長 個人番号					
確認 死亡者の資格取得日 昭和 年 月 日 平成					

支払金銀行振込依頼書（支払金額を下記口座に振り込んで下さい。）

銀行 支店 振込口座番号

氏 名 (カカナ) 印

なお、振込済をもって請求金額を受領したものとします。

連絡先 自宅・勤務先 TEL 局 番