

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

年 月 日

市川市長

〒 -

葬祭執行者 住所 _____

フリガナ
氏名 _____ 電話番号 _____

個人番号 - -

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

死亡者関係事項	被保険者証の記号及び番号	記号	市	番号	申請額	<input type="checkbox"/> 50,000円	<input type="checkbox"/> 70,000円
	死亡年月日	年 月 日					
	死亡者の氏名					申請人との続柄	
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）					
	葬祭執行年月日	年 月 日					
振込先口座	振込先金融機関	銀行 金庫 組合				本店 支店 出張所	
	預金種類	普通 ・ 当座			口座番号	<input type="text"/>	
	口座名義人	フリガナ _____					

（事務処理欄）

- 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類
- 国保加入3ヶ月以上
- 記入もれ確認

受付印

加入日	受付者	入力	確認
年 月 日			