

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	被保険者の 記号及び番号	記 号	市	番 号		申 請 額	☐ 50,000 円 ☐ 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	☐ 疾病等 ☐ 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					
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号						
	口座 名義人	フリガナ								

（事務処理欄）

受付印

- ☐ 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

加入日	受付者	入力	確認
年 月 日			