

様式第 29 号 (第 30 条関係)

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 記 号 番 号						世 帯 主 氏 名																	
死 亡 者 氏 名						世 帯 主 と の 続 柄																	
被 保 険 者 個 人 番 号																							
死 亡 年 月 日		平 成 年 月 日				葬 祭 年 月 日		年 月 日															
葬 儀 を 行 う 人 の 氏 名						死 亡 者 と の 続 柄																	
<p>上記のとおり神川町国民健康保険に関する規則第 30 条の規定により申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p style="text-align: center;">葬儀を行う人住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>下記の口座に振り込んでください。</p>																							
金 融 機 関 名	振 込 銀 行	銀行・金庫 組合・農協				口座番号		普 当															
		支店 支所				フリガナ 口座名義人		-----															

受付者	
-----	--