

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	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				
交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為	有 ・ 無				備 考				

上記のとおり神川町国民健康保険条例第 6 条の規定により申請します。

年 月 日

(宛先)

葬儀を行う人住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記の口座に振り込んでください。

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

--	--