

国民健康保険葬祭費支給申請書

一金 30,000 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所

氏名 個人番号

江差町長 殿

振込先	金融機関		(フリガナ) 口座名義人			
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	: : : : : : : :		
被保険者の 記号・番号			世帯主氏名			
死亡した被 保険者氏名			個人番号		申請者 との続柄	
死 亡 年 月 日	年 月 日 (喪失日			年 月 日)		
葬 祭 執 行 年 月 日			交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無		
葬祭を行う 場 所						
確 認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名					