

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給申請金額	円																								
被保険者	記号				番号																				
世帯主	住所																								
	氏名		個人番号																						
死亡者	氏名		個人番号																						
	生年月日	年 月 日																							
死亡年月日	年 月 日				葬祭を行った日		年 月 日																		
死亡者と申請者（葬祭執行者）の続柄			※死亡者と申請者が同一世帯以外の場合に記入してください。																						
備考																									
上記のとおり申請します。 下記の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。 年 月 日 （提出先） 川越市長 申請者（葬祭執行者） 住 所 氏 名 個人番号 <table><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><td></td></tr></table> 電話番号																									
※ 受取口座 右記の□のいずれかに レ印を記入してください。	☐ 公金受取口座を利用する。 （公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は、不要です。）																								
	☐ 振込口座を指定する。 （下記に振込先口座の情報を記入してください。）																								
振込先金融機関名	種 目 及 び 口 座 番 号				預 金 口 座 名 義 人																				
銀 行	普 通 ・ 当 座				フリガナ																				
信 用 金 庫					氏 名																				
農業協同組合 支 店																									

受付印	
保 険 税 滞 納	有 ・ 無
受付担当者	