

国民健康保険葬祭費支給申請書										
支給額 5 0 , 0 0 0 円										
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										
葬祭を行う者（申請者）										
住 所 _____										
氏 名 _____ 個人番号 _____										
電 話 番 号 _____										
(提出先) 川越市長										
受 取 口 座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。								
振 込 先		金 融 機 関		銀 行 本店 信用金庫 支店 信用組合 協同組合		(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 記 号 ・ 番 号										
死 亡 し た 被保険者氏名							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		年 月 日			交通事故等の 第 三 者 行 為		有 ・ 無			
葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。										
委任状										
年 月 日										
国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。										
氏 名 _____ (葬祭を行う者)										
代理人住所 _____										
代理人氏名 _____ 個人番号 _____										
確 認		1 住民異動届による 2 確認者氏名								

【申請書の提出場所】
国民健康保険課（郵送可）、各市民センター又は川越駅西口連絡所（平日のみ）

受付印	
保険税滞納	有 ・ 無
受付担当者	