

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 50,000 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 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	(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	※記号番号が不明な場合は、死亡した被保険者の住所・生年月日を記載してください。			
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。 <p style="text-align: center;">委任状</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 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			

受付印	
保険税滞納	有 ・ 無
受付担当者	

【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）