

※必要事項をご記入のうえ、確認書類を添えて提出してください。（郵送可）

【確認書類】会葬礼状の写し、または葬祭費用の領収書（葬祭業者等発行）の写し等

【提出期限】葬祭日の翌日から2年以内（2年を経過するとお支払いできなくなります。）

【提出先】国民健康保険課、各市民センター又は川越駅西口連絡所（平日のみ）

記入例

様式第59号（第43条関係）

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

申請日を
記入してください。

令和〇年 〇月 〇日

葬祭を行う者

住所 川越市〇〇町1-1

氏名 川越 次郎

個人番号 123456789012

電話番号 XXX-XXX-XXXX

公金受取口座を利用される場合は、必ず記入してください。

受取口座 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報）
※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。
 振込口座を指定する。

振込先 金融機関 〇〇〇〇 銀行 〇〇〇 本店 口座名義人 コクホ ハナコ
信用金庫 〇〇〇 支店 口座名義人 国保 花子
協同組合
口座種別 普通 当座・その他（ ） 口座番号 1 2 3 4 5 6 7

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。
123-4567 川越市〇〇町1-1 〇年〇月〇日生

死亡した被保険者氏名 川越 太郎 申請者との続柄 父
記号番号が分からない場合

死亡年月日 〇年〇月〇日（喪失日 〇年〇月〇日）

葬祭執行年月日 〇年〇月〇日 告別式又は火葬を行った日を記入してください
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

〇年〇月〇日

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 川越 次郎

(葬祭を行う者) 代理人住所 川越市〇〇町1-1

代理人氏名 国保 花子

個人番号 987654321098

公金受取口座を利用される場合は、必ず記入してください。

確認

- 1 住民異動届による
- 2 確認者氏名