

担当	係長	課長

国民健康保険葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

福津市長 宛

申請者 (喪主) 住所 福津市
氏名 (印)
個人番号
電話番号
死亡者との続柄
来庁者 氏名

保険証記号・番号

死亡者氏名

死亡年月日 平成・令和 年 月 日

葬祭年月日 平成・令和 年 月 日

死亡の原因 1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)

葬祭費 30,000円

葬祭費として、上記金額の支給を申請します。
なお、国民健康保険税に未納がある場合は、葬祭費を当該未納分へ充当することに同意します。

振 込 先	金融機関名	支店名
	口座番号(普・当)	
	名義(カタカナ書)	

※ ゆうちょ銀行の方で、店名が不明の場合は、口座番号の欄に通帳番号を - (ハイフン) を含めてご記入ください。

喪主・葬祭年月日確認書類

保険税