

上市町国民健康保険
葬祭費支給申請書

支給金額	¥30,000-
------	----------

記号番号	
被保険者氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭日	令和 年 月 日
交通事故等の 第三者行為	有・無

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 出張所
	金融機関コード	店舗コード
預金種目	普通・当座・貯蓄	・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し 姓と名の間は1字空けてください。
口座番号		
口座名義人 (カタカナ)		

上市町長 宛
上記のとおり申請します。
なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

〒

申請者 住所 _____
(葬祭執行者) 氏名 _____
死亡者との続柄 _____
電話番号 _____ ()

市町村確認欄	葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 新聞慶弔欄	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> その他 ()
	届出人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ()	