|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険葬祭費支給申請書  　一　金　３０，０００　円也  　　上記金額支給されるよう申請します。  　　　但し、下記内訳のとおり  　　　　　　年　　月　　日  申請者住所  氏名  個人番号  　　（申請先）標茶町長  内　　　　　　　　　　訳 | | | |
| 被保険者  記号番号 |  | 世帯主氏名 |  |
| 死亡した被保険者の  氏名 |  | 申請人との続柄 |  |
| 死亡年月日 | 年　月　日 | 死亡の場所 |  |
| 死亡原因 |  | | |
| 葬祭執行年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 葬祭執行場所 |  | | |
| 町民係検認 |  | | |
| 備考 |  | | |

|  |
| --- |
| 承　　諾　　書  　上記に係る支給金額を、下記の口座・名義に振り込むことを承諾します。  　金融機関名　　　　　　　　　　　　　口座名義人  　口座番号　　　　　　　　　　　　　　世帯主氏名 |

※「町民係検認欄」は、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。