

綾町国民健康保険 葬祭費支給申請書兼請求書

世帯主氏名		被保険者証 記 号 番 号	-
死 亡 者	氏 名	生 年 月 日	
	住 所	世帯主との 続 柄	
	死 年 月 日	葬 年 月 祭 日	令和 年 月 日
金 額		20,000円	

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。
また、今後、上記の死亡者に係る療養費等（高額療養費、補装具、標準負担額差額等）
支払いが発生した場合、下記葬祭費振込口座に振込まれることに、

【 同意します ・ 同意しません 】

なお、他の相続人等から葬祭費、療養費等の異議申し立てがあった場合は、私の責任に
おいて、解決することを誓約します。

令和 年 月 日

綾 町 長 様

○ 申請者（葬祭をした者）

住 所	〒	
氏 名	印	死亡者との 続 柄 ()
電 話 番 号	-	-

○ 代理人

住 所	〒	
氏 名	印	死亡者との 続 柄 ()

振 込 先	金融機関名	支店名	普通 当座	口座番号	口座名義人（カタカナ）
	銀行 農協 信金	本店 本所 支店			

確 認 事 項	☐ 本人確認 : 免許証 ・ 保険証 ・ その他 ()	
	☐ 資格取得日 : 昭和・平成・令和 年 月 日 (注意：社保離3か月未満の場合は、請求先が社保になります。)	
	☐ 第三者行為求償案件 : ☐ 該当なし ☐ 該当あり	