

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 記号番号	-
死亡者	氏名	生年月日	
	住所	世帯主との 続柄	
	死亡 年月日	葬祭 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。

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		