**国民健康保険　葬祭費　請求書**

相　馬　市　長　様

　　　　　　　　　　〒　　-

葬祭を行う者　　住所

（喪主）

氏名

故人との関係（　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　 電話（連絡先）（　　）　　-

次のとおり、葬祭費の支給を請求します。なお、支給額については下記口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | 死亡者名 | 死亡年月日 | 葬祭執行年月日 |
|  |  |  |  |
| 葬祭費　 金50，000円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 口座振込依頼 | ＊記載事項を訂正した場合には、必ず訂正印を押してください |
| 振込先金融機関名 |  | 銀行・信用金庫農協・労働金庫信用組合 |  | 本店支店 | 普・当 | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

* *記入後、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人フリガナについて、再度の確認をお願いします。*

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状注）葬祭を行う者名義以外口座に振り込む場合のみ記入してください | 口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。　　　　　　　〒受任者　　　　住所（口座名義人）　氏名　　　　　　　　　　　　　故人との関係（　　）　　　　　　　委任者葬祭を行う者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（喪主）　　 |