国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証の記号番号	死亡した被保険者の氏名	死亡した被保険者の生年月日
南　魚　沼		年　　月　　日

死亡年月日	年　　月　　日	葬祭執行 年 月 日	年　　月　　日
死亡原因	□交通事故　　□労災事故　　□そ の 他		

※国民健康保険以外の健康保険から葬祭費に相当する給付を受ける資格のある方は、支給されません。

振込指定先	金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協	本店 支店		
	預金の種類	□普通 □当座	口座番号（右詰め）	名義人	フリガナ

葬祭費申請額	５０，０００円

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。
また、葬祭費の受領の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。
↑名義人が申請者と異なる場合に名義人名を記入してください。

令和　　年　　月　　日

〒

申　請　者
（葬祭を行う者）

住　　所
フリガナ
氏　　名　　㊞（自署の場合は押印不要）
生年月日　　年　　月　　日
電話番号
被保険者との続柄

南魚沼市長　あて

▼　国民健康保険税等を完納されていない世帯の方の葬祭費については、市税に充当していただきますようお願いします。充当に承諾いただける方は下記の承諾書にご記入ください。

承　　諾　　書

死亡した被保険者の世帯に国民健康保険税(完納の場合は他の市税)の滞納・未納がある場合は葬祭費を充当することに承諾します。

申 請 者 氏 名
（葬祭を行う者）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下の欄には記入しないでください。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

国保取得日	年　　月　　日	受付年月日	年　　月　　日	受付者	

税確認
無・有

上記の申請について支給してよろしいか伺います				
整理番号	決裁年月日	課長	係長	係
	年　　月　　日			