

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

年 月 日

市川市長

〒

葬祭執行者 住所

フリガナ氏名 印 電話番号

個人番号

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

死亡者関係事項	被保険者証の記号及び番号	記号	番号	申請額	☐ 50,000円	☐ 70,000円	
	死亡年月日	年 月 日					
	死亡者の氏名	申請人との続柄					
	死亡の原因	☐ 疾病等 ☐ 第三者行為（交通事故等）					
	葬祭執行年月日	年 月 日					
振込先口座	振込先金融機関	銀行金庫組合		本店 支店 出張所			
	預金種類	普通 当座		口座番号			
	口座名義人	フリガナ					

(事務処理欄)

☐ 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類
☐ 国保加入3ヶ月以上
☐ 記入もれ、押印確認

受付印

加入日	受付者	入力	確認
年 月 日			