

国民健康保険葬祭費支給申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長
令和 年 月 日

以下のとおり申請します。

なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約いたします。

申請人(葬祭執行者)

〒
住所

氏名

自署の場合
は押印不要

死亡者との
続柄

個人
番号

電話

死亡者の 被保険者 記号番号	長 ー	死亡者の 氏 名			
死亡者の 個人番号		死亡者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
死 亡 日	令和 年 月 日	葬祭執行日	令和	年 月 日	
死亡者の 世帯	住 所			支給額	金 5 0 , 0 0 0 円
	世帯主				

振込先 金 融 機 関	銀行・信用金庫			支店
	農協・信用組合			支所
	口 座 番 号	フリガナ		
		口座名義人		

↓申請人名義以外の口座に振込希望の場合は下欄にも記入・押印してください。

委 任 状	私(申請人)は、申請により支給される葬祭費の受領を次の者に委任します。 受任者(口座名義人)住所 〒 ☐ 申請人と同じ	委任者認印 (申請人認印) 押印必要
	受任者(口座名義人)氏名 電話 () ー	

◎死亡者の世帯の欄には、死亡時の世帯主の住所・氏名をご記入ください。

◎葬祭を行った日の翌日から2年以内に申請書を提出してください。

◎葬祭執行者が親族以外の場合は、死亡者との関係がわかる書類(遺言状など)を提示してください。

受付者