

## 様式第19号（第36条関係）

|           |      |           |     |
|-----------|------|-----------|-----|
|           |      | 支 給 額     | 受 付 |
|           |      | 円         |     |
|           |      | 支 給 年 月 日 |     |
|           |      | 年 月 日     |     |
| 年 月 日     | 確認者名 | 資格        |     |
| 戸籍住民係にて確認 | 印    | 記録        |     |

| 国民健康保険葬祭費支給申請書                                                   |                |         |           |  |
|------------------------------------------------------------------|----------------|---------|-----------|--|
| 被保険者証記号番号                                                        |                | 生 年 月 日 |           |  |
| 死亡した被保険者名                                                        |                | 男・女     | 世帯主との続柄   |  |
| 死 亡 年 月 日                                                        |                | 年 月 日   | 死 亡 原 因   |  |
| 戸籍住民係への届出                                                        |                | 年 月 日   | 又 は 傷 病 名 |  |
| 死亡を確認した<br>病院・診療所<br>・ 医 師 名                                     | 名 称            |         |           |  |
|                                                                  | 所 在 地          |         |           |  |
|                                                                  | 医 師 名          |         |           |  |
| 支 給 申 請 額                                                        |                | 金 円     |           |  |
| 振 込 金 融 機 関 名                                                    | 銀行 本店<br>農協 支店 | 普通 当座   | 口座番号      |  |
|                                                                  |                |         | フリカ、ナ     |  |
|                                                                  |                |         | 口座名義人     |  |
| 上記のとおり申請します。<br>年 月 日<br>世帯主又は 住 所<br>相続人 氏 名 印<br>電 話<br>太子町長 様 |                |         |           |  |

注 イ この申請をするときは必ず被保険者資格喪失届および被保険者証を添えてください。

ロ 相続人による申請のとき、相続関係を証する書類が必要なときもありますからご承知ください。