

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	
戸籍担当課にて確認		印		記録	
国民健康保険葬祭費支給申請書					
被 保 険 者 記 号 番 号				生 年 月 日	
死 亡 した 被 保 険 者 名				世 帯 主 と の 続 柄	
死 亡 年 月 日		年 月 日		死 亡 原 因	
戸 籍 担 当 課 へ の 届 出		年 月 日		又 は 傷 病 名	
死亡を確認した 病院・診療所 ・ 医 師 名		名 称			
		所 在 地			
		医 師 名			
支 給 申 請 額		金 円			
振 込 金 融 名 機 関 名		銀行 本店 農協 支店		普通 口座番号	
				当座 フリカ、ナ	
				口座名義人	
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
住 所					
氏 名 印					
電 話					
太子町長 様					

- 注 イ この申請をするときは被保険者たることを証する書類等を提示の上、提出してください。
- ロ この申請をするときは必ず亡くなられた方と葬祭執行者が確認できる書類を添付してください。
- ハ 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。