

(第12号様式)

国民健康保険葬祭費支給申請書

				令和	年	月	日				
(あて先) 横 須 賀 市 長											
住所 横須賀市.....町.....丁目.....番(地).....号											
.....											
申請者 (葬祭執行者).....氏名.....											
.....電話.....(.....).....											
<table><tr><td colspan="2">続柄 (死亡した被保険者からみた関係)</td></tr><tr><td colspan="2">夫 ・ 妻 ・ 子 ・ その他(.....)</td></tr></table>								続柄 (死亡した被保険者からみた関係)		夫 ・ 妻 ・ 子 ・ その他(.....)	
続柄 (死亡した被保険者からみた関係)											
夫 ・ 妻 ・ 子 ・ その他(.....)											
次のとおり葬祭費の支給を申請します。											
死亡した 被保険者	フリガナ				被 保 険 者 記 号 番 号						
	氏 名				03— — —						
	生年月日	昭.平.令	年	月	日	死亡年月日	令	年	月	日	
申 請 額		5 0 , 0 0 0 円									

支 給 方 法 欄	振 込 口 座	フリガナ			銀行・農協				本店
		口座名義人 (申請者)		信用金庫				支店	
				店番号	口座番号				
					普通・当座				
	※ [口座名義人が申請者(葬祭執行者)でない場合の委任欄] この口座に係わる金銭の受領を上記の者 (口座名義人) に委任する。 申請者.....								

[ここから下は記入しないでください。]

(問い合わせ先)
横須賀市民生局健康部健康保険課給付係
電話(直通) 046-822-8232

受付者印	行政センター受付印	健康保険課受付印