国 民 健 康 保 険

**葬 祭 費 支 給 申 請 書**

　　年　　月　　日

石　川　町　長　　様

住　所：

葬祭執行者 氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（死亡者との関係：　　　　　　　　　　　）

電　話：　　　　　（　　　　）

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 死　　亡　　者 | 被保険者証の記号番号 | 島67 | 申 請 金 額５０，０００円 |
| 氏　名 |
| 死 亡 年 月 日年　　　月　　　日 | 葬 祭 年 月 日年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の預金口座へ振り込んでください。 | 振　込　先金融機関名 | 銀行・信金農協・信組　　　　　　　　　　支店 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |
| 委　任　状 | 受任者 住所　　　 氏名 |  |  |
|  | ・通帳(写) |
| 申請金額の受領を上記の者に委任します。年　　　月　　　日申請者 氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  | 受　付　印 |