

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 50,000円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

令和 年 月 日

葬祭を行う者

郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ 個人番号 _____

埼玉県和光市長 殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（市外の方は利用できません）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。		
振込先	金融機関	(フリガナ) 口座名義人	
	支店名	口座番号	
	口座種別	普通・当座・その他（ ）	
被保険者 記号・番号	わこう .		
死亡した被 保険者氏名		申請者 との続柄	
死 亡 年 月 日	令和 年 月 日	(喪失日 年 月 日)	
葬 祭 執 行 年 月 日	令和 年 月 日	交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無
葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。			
委任状			
年 月 日			
国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。			
氏 名 _____			
(葬祭を行う者) _____			
代理人住所 _____			
代理人氏名 _____ 個人番号 _____			
確 認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名		