

国民健康保険 葬祭費 支給申請書



平成 年 月 日

(宛先) 岡崎市長 (〒 -)
住所

申請者
(喪主)

氏名

電話

印

() -

次のとおり、国民健康保険 葬祭費 を申請します。

被保険者証記号番号		-	
死亡した被保険者	氏名	生年月日	S H 年 月 日
	死亡年月日	平成 年 月 日	申請者との続柄
振込先	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	口座種別
	フリガナ		口座番号
	口座名義		金融機関コード
この給付の受領を、受領委任状 (喪主と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください。)			
(口座名義人住所) 申請者と同じ		平成 年 月 日	
住所		氏名	
		に委任します。	
		申請者(喪主) 印	

(市処理欄)

受付番号		確認事項	喪主確認	会葬礼状	
支給決定額	円		葬儀に要した費用の領収書		
控除額	円		その他喪主確認できる書類		
差引支給額	円		上記書類のない場合 申請者の住民票		
別紙充当委任状添付			同世帯の親族(喪主確認書類なしで申請可。あれば添付)		
国民健康保険料			完納・その他		
喪主口座への振込か			はい・いいえ		

国保加入3か月未満	社保等本人の資格があった。	社保等支給資格有 (選択制)
	船員保険等本人()の資格があった。	要確認
	社保等・船員保険等の被扶養者であった。	他保険受給資格無 国保から支給
	他市の国保または国保組合に加入していた。	
	生活保護の適用を受けていた。	
その他(海外滞在・無保険・他)		
国保加入3ヶ月以上		

船員保険等...船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済制度

42401 WP

受付	入力	決定
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ツ美・額田		

受付印