

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者記号・番号		記号		番号	
死亡者の氏名 及び生年月日		昭・平・令 年 月 日 生			申請人との続柄
死亡年月日		令和 年 月 日			
葬儀年月日		令和 年 月 日			
死亡原因					
死亡に立会った医師の 住所・氏名		・住所 (病院名) ・氏名			
支給申請額			万	千	百 十 円 5 0 0 0 0
<p>高砂市国民健康保険条例第11条の規定による葬祭費の支給を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>高砂市長様 〒 ー 住所 申請人 氏名 (喪主) 連絡先 Tel ( ) ー</p> <p>私が高砂市より支払いを受ける葬祭費の支払金につきましては、下記金融機関の預金口座へ振替されたく依頼します。</p>					
振替先金融機関名		銀行番号・種別		当座・普通	
銀行 支店・出張所		店番・口座番号		-	
農業協同組合 支店		フリガナ			
信用金庫 支店		口座名義			

※申請人・振替先金融機関は喪主 添付書類：会葬礼状または葬儀の領収書等（喪主の氏名がわかるもの）