国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者記号番号枝番	47－　　・　　（　　）
亡くなられた方の氏名	
適用開始年月日	年　　月　　日
亡くなられた年月日	年　　月　　日
交通事故等の第三者行為	無 ・ 有（交通事故単独 ・ 交通事故相手がいる ・ その他）
被用者保険資格喪失後3か月以内に亡くなられた場合はご記入ください	健康保険・船員保険・共済組合等から埋葬料等の支給を受けることができない　・　できる
葬祭年月日(告別式の日)	年　　月　　日
金額	50,000円

申請者の振込先	銀行・信金 農協・信組	支店コード(　　) 支店	普・当	口座番号	
	口座名義人	ふりがな			※記入後に再度ご確認ください。

上記のとおり、葬祭費の支給を申請します。

多摩市長殿　　年　　月　　日

○ 申請者
（葬儀を行った方）

〒　　－

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

亡くなられた方から見た続柄(　　)

日中連絡が取れる電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

○ 窓口に来た方

□ 申請者本人（氏名・住所等の記入の必要はありません。）

□ 申請者と異なる(下にご記入ください。)

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　申請者から見た続柄(　　)

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※職員記入欄

添付文書	資格	保険証等	相代	受付	受付印
領収書 ・ 会葬礼状		回収 ・ 差し替え			

身元確認　1点　番号C　免　免経　パ　在留　障手　他(　　)
　　2点　国保　社保　通帳　キャッシュC　他(　　)