

受付番号	
------	--

国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者 住所
(葬祭者) 氏名
電話

印

次のとおり申請します。

葬祭費 _____ **円**

被保険者証の 記号番号	み柴		
死亡者の氏名		死亡者からみた 葬祭者の続柄	
死亡者生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
死亡年月日	平成	年	月 日
死亡者資格取得 年 月 日	昭和 ・ 平成	年	月 日
葬祭年月日	平成	年	月 日

振込先 (郵便局への 振込みはでき ません。)	銀行 信用組合 信用金庫 農 協			本店	1 普通
				支店	2 当座
	口座番号	フリガナ			
		口座名義人			