

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（葬祭者）住 所
氏 名 印
個人番号
電話番号

代理人 住 所
氏 名 印
電話番号

次のとおり申請します。

葬祭費 50,000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	
死亡者個人番号			
死亡者生年月日	昭和 ・ 平成	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	銀 行 信用組合 信用金庫 農 協		本店 支店	1 普通 2 当座
	口座番号	フリガナ		
		口座名義人		