

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
個人番号
電話番号

代理人 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり申請します。

葬祭費 50,000円

被保険者の 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	年	月	日
死 亡 年 月 日	年	月	日
死亡者資格取得 年 月 日	年	月	日
葬 祭 年 月 日	年	月	日

振 込 先	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		