

国民健康保険葬祭費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----------|-----------|---------|-------------------------------------|---|---|---|-----|---|
| 死亡者 | 被保険者 | 記号 | 旭 | 番号 | 00123456 | | | | | | | | |
| | 氏名 | 国保太郎 | | | 死亡年月日 | 令和2年3月29日 | | | | | | | |
| | マイナンバー (個人番号) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | | | | | | | | | | |
| | 死亡原因 | 第三者行為 (交通事故等) で <input type="checkbox"/> ある (相手あり・相手なし) <input checked="" type="checkbox"/> ない | | | | | | | | | | | |
| 葬祭執行者 | 葬祭執行年月日 | 令和2年3月31日 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | 死亡者との続柄 | 妻 | | | | | |
| | 電話番号 | 0166-26-1111 | | | | | | | | | | | |
| 申請金額 | ¥30,000円 | | 死亡者の埋葬料等について、被用者保険に支給申請を行いません。 <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | | | | | | | | | | |
| 受取口座 | 口座名義人(カタカナ) | コクホ ハナコ | | | | | | | | | | | |
| ※葬祭執行者の口座を指定してください。 | 〇 | 〇 | <input checked="" type="radio"/> 銀行 | 信用金庫 | 〇 | 〇 | 本店(所) | <input checked="" type="radio"/> 支店 | | | | | |
| | 〇 | 〇 | 信用組合 | 農協 | 〇 | 〇 | 出張所 | 支所 | | | | | |
| 預金種目 | <input checked="" type="radio"/> 1 普通 | | 2 当座 | 3 組勘 | 4 貯蓄 | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (宛先) 旭川市長 上記のとおり葬祭費の支給を申請します。 なお、申請及び受領について異議が生じても、私が全責任を持って当事者間で解決することを誓約します。 令和2年4月1日 申請者 住所 旭川市6条通9丁目 氏名 国保花子 受任者の場合、委任者との続柄 電話番号 0166-26-1111 | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請者は葬祭執行者となります。代理人が申請する場合は葬祭執行者からの委任状が必要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状 | 上記葬祭費の { 申請 申請及び受領 } に関する権限を上記の申請者に委任します。 ※委任する事項に〇をつけてください。 委任者 (葬祭執行者) 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ | | | | | | | | | | | | |
| ※旭川市使用欄 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の本人確認 | マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・身障手帳・在留カード・健康保険証・介護保険証・年金手帳・各種医療受給者証・その他() | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> お悔やみ欄 <input type="checkbox"/> その他() ※申請 <input type="checkbox"/> 喪主又は施主等 <input type="checkbox"/> 受任者 ※口座 <input type="checkbox"/> 喪主又は施主等 <input type="checkbox"/> 受任者 | | | | | | | | | | | | |
| 国保資格取得日 | S・H・R 年 月 日 | | | 被用者保険の支給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | 受付者 | |