決裁	係	係　長	課　長	台帳照合

国　民　健　康　保　険　葬　祭　費　支　給　請　求　書

請　求　金　額	５０，０００円			
被保険者記号番号	記　号	４９－	番　号	
死　亡　者　氏　名				
死　亡　年　月　日	年　月　日		第三者の行為によるものか	
葬　祭　執　行　の　日	年　月　日		□　はい　□　いいえ	
死亡者と葬祭執行者との続柄	□　世帯主　□　その他（　　）			

上記のとおり請求します。
なお、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において当事者間で解決することを誓約します。

年　月　日

〒
葬祭執行者　住　所
氏　名　㊞
電　話　（　　）

あきる野市長　殿

支給額は下記の口座にお振り込みください			ﾌﾘｶﾞﾅ	
			口座名義	
振込先金融機関	銀行･農協 信用金庫	支店 出張所	普通 当座	口座番号

委　任　状　（申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。）
国民健康保険葬祭費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。

葬祭執行者　氏　名　㊞

※　葬儀費用領収証・はんこ・振込先の口座番号等のわかるもの（預金通帳など）を持参のうえ、葬祭を行った日の翌日から２年以内に申請書を提出してください。