

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者の 記号・番号		世帯主氏名																					
死亡者氏名																							
死亡者 個人番号																							
死亡年月日	年 月 日																						
死亡の場所																							
死亡の原因																							
第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																						
葬祭執行年月日	年 月 日																						
葬祭を行う者の 氏 名		死亡者との関係																					
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請人 氏名 印 個人番号</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>会津坂下町長</p>																							

備考

死亡を確認できる書類を添付すること。