

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 氏 名												
個 人 番 号												
死 亡 年 月 日	年 月 日											
死 亡 原 因	病 死 ・ 事 故 死 ・ そ の 他 ※1 交通事故等第三者行為によるものですか はい ・ いいえ											
葬 祭 を 行 っ た 日	年 月 日											
保 険 者 証 番 号	奈-13					申請人との続柄						
※ 葬 祭 費	30,000 円					※2 死亡者の葬祭費について他の医療 保険に支給申請を行っていますか はい ・ いいえ						
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する * 下記口座情報の記入不要。 <ul style="list-style-type: none"> 振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。 公金受取口座を登録していない場合は、マイナーポータルから簡単に登録いただけます。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する * 下記口座情報の記入をして下さい。											
	金 融 機 関 名				銀 行				本 店			
	預 金 種 別	1.普通 2.当座 3.その他			信用金庫				支 店			
				信用組合				出張所				
				農 協								
				口座番号								
				口座名義人 (カタカナで記入)								

上記のとおり申請致します。

年 月 日

住 所

申 請 人
(葬祭を行った者)

氏 名 (印)

個人番号

連 絡 先 ()

平 群 町 長 様

※ 葬祭を行った日を基準とし、条例に基づき支給するものとする。
 ※1 第三者行為により相手方の保険から支給される場合は、国民健康保険から支給されません。
 ※2 他の医療保険に被保険者として1年以上加入し、資格喪失してから3ヵ月以内に亡くなった場合に、その医療機関から支給される場合は、国民健康保険から支給されません。

役場記入欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
	・ 被保険者	・ 申請人

年 月 日

奈良県平群町長 殿

被保険者 _____ の葬祭費受取人

住 所

.....

氏 名

⑩

.....

個人番号

.....

連絡先

()

.....

平群町国民健康保険の葬祭費交付申請について

私は、平群町国民健康保険上記被保険者の死亡によりその葬祭を行うものとして、葬祭費の交付申請を行いました。つきましては、本件に関し関係人より異議等の申し出があったときは、葬祭費受領者である私の責任において解決することを誓約いたします。