

国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

気 仙 沼 市 長 あて

〒
住所

申請者
(葬祭を行った者) 氏名
(亡くなられた方との続柄)
連絡先 () -

下記のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申請します。

記

一金 50,000円

記号番号	亡くなられた方の氏名	死亡年月日	葬祭年月日
み気 A	フリガナ (生年月日 . .)	年 月 日	年 月 日

また、上記金額を次の口座に振込願います。

金融機関名	銀行 金庫 組合	支店 支所 出張所
口座種別	普 通	当 座
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

職員確認欄	<input type="checkbox"/> 第三者行為・ <input type="checkbox"/> それ以外
-------	---------------------------------------------------------------