

葬 祭 費 支 給 請 求 書

被 保 険 者 記 号・番 号		土 浦				請 求 金 額					
						¥	5	0	0	0	0
世 帯 主	氏 名					支 払 方 法 等					
	住 所	土浦市				口 座 振 替			現 金 払		
	個人番号					金融機関名			銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		
死 亡 者	氏 名					本・支店名  本 店 支 店 出 張 所					
	生年月日	年 月 日生									
	個人番号										
死 亡 年 月 日		年 月 日				預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号			
備 考						口座名義人		フリガナ			

上記の金額を請求します。

年 月 日

(請求先) 土 浦 市 長

請求者(葬祭を行う者)

住 所

氏 名

個人番号

死亡者との続柄

電話番号

※同一の死亡者につき、他の健康保険から同様の給付（埋葬費等）があった場合は、支給されません。