

葬 祭 費 支 給 請 求 書

被 保 険 者 記 号・番 号		土 浦	1	2	3	4	5	6
世 帯 主	氏 名	土 浦 太 郎						
	住 所	〇〇町〇番〇号						
	個人番号	〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇						
死 亡 者	氏 名	土 浦 花 子						
	生年月日	△△ 年 △△ 月 △△ 日生						
	個人番号	△△△△ △△△△ △△△△						
死 亡 年 月 日		×× 年 ×× 月 ×× 日						
備 考								
		金融機関名			銀行 信用金庫 信用組合 農 協			
		本・支店名			本 店 支 店 出 張 所			
		預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
		口座番号			フリガナ			
		口座名義人						

◆喪主のフルネームが確認できるものを添付してください。

【例】会葬礼状の写し または 葬儀の領収証の写し 等

※請求書の写しは不可。

領収書の場合、葬儀にかかった費用であると明記されているものに限りです。

◆国民健康保険税等に滞納がある場合、窓口支給となることがあります。

※世帯主が死亡したことにより国保世帯主が変更となった場合は、**新しい国保世帯主氏名**を記入してください。
世帯員が他にいない場合は、**死亡者の氏名**を記入してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協
本・支店名	本 店 支 店 出 張 所
喪主の銀行口座について記入	
預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
口座名義人	フリガナ

上記の金額を請求します。

〇〇年〇〇月〇〇日

(請求先) 土 浦 市 長

請求者(葬祭を行う者)

※請求者は**喪主**になります。

住 所 土 浦 市 〇 〇 町 〇 番 〇 号

認印可

氏 名 土 浦 太 郎

印

個 人 番 号 〇

死亡者との続柄 夫 電話番号 090-XXXX-XXXX

※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。