|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険課長 | 国保係長 | 国保係 | 確認者 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険葬祭費請求書** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **金　額** | **５０,０００円** | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **被保険者証**  **記号　番号** | | |  | | | **個人番号** | | | |  | | | | | |
| **死亡被保険者**  **氏　　　　名** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **死亡年月日** | | | **令和　　年　　月　　日** | | **葬祭年月日** | | | **令和　　年　　月　　日** | | | | | **請 求 人**  **との続柄** | |  |
| **死亡届のあったことを確認しました。　　　　　確認者氏名** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **交通事故等の第三者行為** | | | | | | | **有　　・　　無** | | | | | | | | |
| **上記のとおり請求します。**  **令和　　年　　月　　日　　　　　　請求人(葬祭を行った方)**  **〒**  **住所**  **佐野市長　様**  **氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**  **（生年月日　　　　・　　　・　　　）**  **電話** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **支払方法** | **口座振込** | **銀　　行　　　　　　本店**  **信用金庫　　　　　　本所**  **信用組合　　　　　　支店**  **農　　協　　　　　　支所**  **労働金庫　　　　　　出張所** | | | | | | | | | **金融機関コード** | | | | |
|
| **―** | | | | |
| **預金種別** | | | **普通・当座** | |
|
| **口座番号** | | | | | | | **口座名義人(カタカナ)** | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |