|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)** |
|  |  |