

整理 番号	
----------	--

医療保険課長	国保係長	国保係	確認者

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 信用金庫 信用組合 農 協 労働金庫	本店 本所 支店 支所 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)