

# 国民健康保険葬祭費支給申請書

金額 50,000円

被保険者証の記号番号	井福 - -	世帯主氏名	
死亡者氏名 (生年月日)	年 月 日 男・女	死亡年月日	令和 年 月 日
		葬儀執行年月日	令和 年 月 日
死亡原因	第三者行為（交通事故等）で ある ・ ない		
葬儀執行者氏名		死亡者との続柄	
振込先	銀行 信用金庫 協同組合		支店 支所 出張所
	口座番号	フリガナ	普通・当座
	口座名義		
この給付金の受領は、振込先名義人に委任します。			
申請者（葬儀執行者）の氏名 <span style="float:right">⑩</span>			
福井市国民健康保険条例施行規則第9条の規定により、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。			
令和 年 月 日			
申請者 住所			
(葬儀執行者) 氏名 <span style="float:right">⑩</span>			
電話 -			
福井市長 あて			滞納 受付
			<input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無

⑩

⑩

⑩