

様式第12号（第8条関係）

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

市 川 市 長

年 月 日

丁 一

葬祭執行者 住 所 _____

フリガナ 氏 名 _____ 電話番号 _____

個人番号

--	--	--	--

—

--	--	--	--

—

--	--	--	--

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

死 亡 者 関 係 事 項	被保険者証の 記号及び番号	記 号	市	番 号			申 請 額	<input type="checkbox"/> 50,000円	<input type="checkbox"/> 70,000円	
	死亡年月日	年 月 日								
	死亡者の氏名						申請人との 続柄			
	死亡の原因	□疾病等			□第三者行為（交通事故等）					
	葬祭執行年月日	年 月 日								
振 込 先 口 座	振込先 金融機関				銀行 金庫 組合					本店 支店 出張所
	預金種類	普通 • 当座			口座番号					
	口座 名義人	フリガナ								

（事務処理欄）

- 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類
- 国保加入3ヶ月以上
- 記入もれ確認

受付印

加入日	受付者	入力	確認
年 月 日			