

昭 平 令	加入3ヶ月以内	
	国	生・他保険

受付印

受付番号

葬祭費支給申請書

金額	¥	2	0	0	0	0
----	---	---	---	---	---	---

熊本市国民健康保険条例第8条による葬祭費の支給を申請します。同2項の規定により下記死亡者に対する他の給付申請は行いません。
また、上記葬祭費の申請及び受領に関して一切の責任を負います。

令和 年 月 日

請求人 住所 〒

電話 (

(葬祭執行者) 氏名

氏名

印

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

(死亡者との続柄)

請求委任及び口座振替依頼書

私は、熊本市から支払われる国民健康保険葬祭費の請求に関する一切の権限を、熊本市国保年金課長（同課長に事故があるときは、同副課長）に委任します。
熊本市長様

熊本市長様

内 訳

被保険者証	記号番号	
死亡者氏名		
死亡年月日	平成・令和	年 月 日
葬祭執行年月日	平成・令和	年 月 日
死亡原因は交通事故など 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください

上記金額を下記（葬祭執行者）の口座に振込を依頼します。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店	種別
	金融機関コード	店番	1.普通
	口座番号		2.当座
	フリガナ		3.貯蓄
	口座名義人		

死亡の事実確認	葬祭執行者の確認	世帯主の氏名
1. 住民区分 2. 戸籍謄、抄本・住民票 3. 死亡診断書 4. その他 ()	1. 会葬礼状 2. 葬儀代の領収書・請求書 3. 埋火葬許可証・火葬場使用許可書 4. 申立書 5. その他 ()	受付確認者

窓口に来られた人

氏名 住所



葬祭執行者と同じ場合は上記にチェック

葬祭執行者との続柄

電話