

葬 祭 費 支 給 申 請 書

課 長	係 長	担当者

金 額	20,000 円
-----	----------

天草市国民健康保険条例第6条による葬祭費の支給を申請します。

令和 年 月 日

請 求 人	住 所	
	氏名（葬祭執行者）	Ⓜ (自署する場合は、押印は不要です。)
	電 話 番 号	— —
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日
	死亡者との続柄	

天草市長 様

内 訳

死 亡 者	被保険者証記号番号	天草
	氏 名	
	死 亡 年 月 日	令和 年 月 日
	死亡の原因	1 第三者行為（交通事故等） 2 第三者行為以外（疾病等）
	葬祭執行年月日	令和 年 月 日

窓 口 に こ ら れ た 人	住 所	
	氏 名	
	葬祭執行者との続柄	
	電 話 番 号	— —

上記金額を下記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 1 普通 2 当座 3 貯蓄
	口 座 名 義 人	フリガナ			
	金 融 機 関 コード				
	店 番		口 座 番 号		

死 亡 の 事 実 確 認	世 帯 主 の 氏 名		
1 被保険者証 2 戸籍謄本・抄本、住民票 3 死亡診断書 4 その他（ ）	受 付 確 認 者		

※過誤納付金（還付金）がある場合は、上記の口座に振り込みをお願いします。

担当者

--