様式第2号(第4条関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

申請・請求金額	円			
被保険者記号番号	記　号	50―	番　号	
死亡者の氏名			生年月日	年　月　日
死亡年月日	年　月　日			
葬祭執行の日	年　月　日			
死亡者と葬祭執行者との続柄	□世帯主　□その他			

上記のとおり申請・請求します。

年　月　日

葬祭執行者　住　所

氏　名　印

個人番号												

羽村市長　あて　　電話番号　(　　)

(葬祭執行者以外の口座に振り込む場合)

委　任　状

代理人(受任者)住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

年　月　日

委任者　住所

氏名　印

振込先

振込先金融機関名	銀行・信金 農協・信組	普通・当座	口座番号								
			フリガナ								
	本・支店		口座名義人								

領　収　書

円

ただし、羽村市国民健康保険条例第10条の規定による葬祭費として上記の金額を受領しました。

年　月　日

葬祭執行者　住　所

名　称　印

資金前渡受者　電話番号　(　　)

部　課長あて

決裁	受付	係	係長	課長	台帳照合