

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			
被保険者証記号番号	記号	50—	番号	
死亡者の氏名			生年月日	年 月 日
個人番号				
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の続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	本・支店		フリガナ							
			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