

国民健康保険葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)函館市長

(番地)

住所 函館市 町 丁目 番 号

(フリガナ)

申請者 氏名

電話 () -

次のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申請します。

申請金額	30,000円		
被保険者 記号・番号	函	死亡者の 住所 および 氏名	函館市 町 丁目 番 号 (番地) 氏名 (歳) (昭・平・令 年 月生)
世帯主との 続柄		死亡 年月日	令和 年 月 日
申請者との 続柄		死亡の 原因	
振込みを希望する 場合の金融機関	銀行 金庫 組合		店番号 本 店 支 口座 番号 普通 当座
窓口での受取り を希望する場合 の受取場所	1 市役所会計部 2 湯川支所 3 銭亀沢支所 4 亀田支所 5 戸井支所 6 恵山支所 7 椴法華支所 8 南茅部支所		
死亡事実については、住民基本台帳により確認済 <input type="checkbox"/>			
申請者が葬祭を行う者 であることの確認方法	被保険者証により同一世帯に属する者 <input type="checkbox"/>		
	会葬礼状 死亡届届出人 <input type="checkbox"/>		
	埋火葬許可証 葬儀代領収書 <input type="checkbox"/>		
	住民基本台帳により同一世帯に属する者 <input type="checkbox"/>		

注 太枠内の事項について記入してください。

受付	本庁	湯川	銭亀沢	亀田	戸井	恵山	椴法華	南茅部
----	----	----	-----	----	----	----	-----	-----

入力	検証
----	----