

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証 記号番号	力						死亡者氏名		
死亡の日	年	月	日	個人番号					
葬祭の日	年	月	日	第三者行為(交通事故等)			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
死亡の日3か月前の 健康保険について	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養) <input type="checkbox"/> その他()								
	取得(適用)年月日			年	月	日			

※次に該当し、被用者保険から埋葬料等が支給される場合は、国民健康保険の葬祭費を支給できません。
 ・被用者保険の資格喪失後3か月以内の死亡した場合
 ・死亡日の3か月以内に被用者保険の傷病手当金又は出産手当金の継続給付を受けていた場合

振 込 先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 利用する (⇒口座名義人を指定してください。)	<input type="checkbox"/> 利用しない (⇒振込先を指定してください。)			
	口座名義人 (カタカナ)※					
	※口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1文字あけてください。					
			個人番号			
	※公金受取口座を利用しない場合は記入してください。					
金融機関名		銀行 協同組合		本店(所) 支店(所)	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号		金融機関コード		支店コード		

(宛先) 春日市長 上記のとおり、葬祭費の支給を申請します。
 また、葬祭費の受領の権限を上記名義人に委任します。

年 月 日

住 所

申請者 (喪主)	(フリガナ) 氏 名	死亡者との続 柄 ()
	生年月日 年 月 日	
	電話番号	

代理人 (届出者)	(フリガナ) 氏 名	喪主との続柄 ()
	生年月日 年 月 日	
	電話番号	

担 当 処 理 欄	喪主続柄確認		本人確認	喪主CD	受付担当者
	<input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 済		
	相続人代表者指定届		他保給付	葬祭実施確認書類	
	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 説明 済	<input type="checkbox"/> 会葬御礼 <input type="checkbox"/> 埋火葬時請求書又は領収書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 要 ⇒ <input type="checkbox"/> 税		死亡者CD		
<input type="checkbox"/> 受理済 ⇒ <input type="checkbox"/> 給付					
納税確認			充 当	支給予定日説明	
滞納 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 納税担当()			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 承諾書受理	(/)	