

国民健康保険葬祭費支給申請書 支給額 50,000円 上記金額を支給されるよう申請します。 ただし下記内訳のとおり 葬祭を行う者 年 月 日 住所 氏名 個人番号 電話番号 印西市長 宛				
受 取 口 座		☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。		
振 込 先	金融機関		(フリガナ) 口座名義人	
	口座種別 普通・当座・その他（ ）		口座番号	
被 保 険 者 記号・番号				
死亡した被 保険者氏名				申 請 者 との続柄
死 亡 年 月 日		年 月 日 （喪失日 年 月 日）		
葬 祭 執 行 年 月 日		交通事故等の 第三者行為		有 ・ 無
葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。 委任状 年 月 日 国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。 氏 名 (葬祭を行う者) 代理人住所 代理人氏名 個人番号				
確 認		1. 住民異動届による 2. 確認者氏名		