

琴平町国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

琴平町長 様

申請者 (葬祭を行う者) 住 所
氏 名
死亡者との続柄 ()
連絡先 電話番号 _____
(個人番号 _____)

次のとおり葬祭費の支給を申請します。

被保険者証 記号番号	香川 3 2	死亡した 被保険者	住 所	
死亡年月日	年 月 日		氏 名	
		個人番号		

- * 葬祭費の支給額は50,000円となっています。葬祭を現に行う又は行った旨の証明のため、葬儀に関する領収書等を提示して頂く場合があります。
- * 他の健康保険から同様の支給を受ける資格を有する場合は、支給されません。

銀行口座振込依頼書

上記の申請により、私が受領する葬祭費を下記の口座へ振込んでください。
尚、琴平町会計管理者が下記の口座への振込んだとき、その代金を受領したものと認めます。

年 月 日

住 所
氏 名
(個人番号 _____)

琴平町会計管理者 様

	(銀行・農協・) (支店・支所・)	種 別	普通 ・ 当座 その他 ()
口座番号		フリガナ 口座名義人	