様式２号（第３条関係）

# 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＿＿＿＿＿＿＿＿

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３２ | 死亡した被保険者 | 住　所 | |
| 死亡年月日 | 年　　月　　日 | | 氏　名 | |

＊　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、葬儀に関係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　　㊞

琴平町会計管理者　　様

| | | | |
|---|---|---|---|
| （銀行・農協・　　）<br>（支店・支所・　　） | 種　別 | 普通　・　当座<br>その他（　　） | |
| 口座番号 | | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>口座名義人 | |