

様式第2号(第3条関係)

国民健康保険 葬祭費請求書

請求金額50,000円

被保険者証番号				
死亡した被保険者	氏名			
	生年月日		個人番号	— —
	性別		請求者との続柄	
死亡した年月日		令和 年 月 日		
葬祭日		令和 年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		支店・本店 出張所
	口座番号		口座名義 (カタカナ)	
支給決定金額		50,000円		
備考				

上記のとおり能代市国民健康保険給付規則第3条の規定により葬祭費を請求します。

令和 年 月 日

能代市長 様

葬祭を行う者

住所

氏名

印

個人番号

— —

電話番号

— —

(請求人と振込先が異なる場合)

令和 年 月 日

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

請求者の氏名

印

代理人の氏名

代理人の住所