

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				
葬祭日		年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行・金庫		支店・本店
		農協・信組		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)氏名 印

代理人の氏名

代理人の住所
