

出張所係印	被保険者台 帳照合印	主任者印	受付番号	月
			No.	日

葬祭費支給申請書

平成 年 月 日

光市長様

住所 光市

申請者

下記のとおり申請します。

氏名

電話番号

被保険者証 記号番号	山10	死亡年月日	平成 年 月 日
		葬儀執行年月日	平成 年 月 日
死亡した被保 険者の氏名		性別	
死亡原因		申請人との続柄	
申請事項	光市国民健康保険条例第5条の規定による葬祭費		

※交付決定額

¥50,000円

請求書

平成 年 月 日

光市長様

住所 光市

請求者

氏名

請	求	金	額	摘	要			
	¥	5	0	0	0	0	0	葬祭費として

支払方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 口座振替	銀行・信用金庫	支店・支所
	農協・労働金庫	出張所
	<input type="checkbox"/> 普通	
	<input type="checkbox"/> 当座 口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	