

国民健康保険葬祭費請求書

金額	万	千	百	十	円
	5	0	0	0	0

国保番号 _____

被 保 険 者		記号	神 栖	番号		
世帯主の住所及び氏名		住 所 神栖市			氏 名	
死 亡 者 関 係 事 項	死 亡 年 月 日	年 月 日				
	死 亡 の 場 所					
	死 亡 者 氏 名	生年月日 年 月 日生			世 帯 主 との続柄	
	死 亡 の 原 因	法64条法60条 該当の有無				
	葬祭執行年月日	年 月 日				
葬祭を行う者		氏 名			死 亡 者 との続柄	

上記の金額を請求いたします。

年 月 日

請求者 住 所

氏 名

(電話 _____)

神 栖 市 長 様

振込口座	金融機関名	銀行 信金 信組 農協
	支店等名	支店 出張所
	口座種別	普通 当座
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	-----

委任状

委任者 住所_____

氏名_____ 印

私は、次の者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任する。

年 月 日

受任者 住所_____

氏名_____ 喪主との続柄_____