

# 国民健康保険葬祭費支給申請書

越谷市長宛

令和 年 月 日

申請者(葬祭を行った者)

住所

氏名

電話

次のとおり申請します。

被保険者証 記号番号		世帯主	住所	
死亡者の 氏名及び 生年月日	年 月 日生		申請者からみた 死亡者との関係 (続柄)	
死亡年月日	年 月 日	葬祭を行った年月日		年 月 日
死亡者の適用 開始年月日	年 月 日	支給申請金額	5 0 , 0 0 0 円	

※ 支給金額は、下記の金融機関口座に振り込んでください。

銀行 信用金庫 農協	支店	口座 番号	普通・当座	フリガナ	
				名義人	

(注) この申請は、葬祭を行った日を基準として支給するものです。

越谷市の国民健康保険適用開始後3ヶ月以内の死亡で国保加入前、社会保険本人で加入していた場合は、加入期間を問わず社会保険から支給されます。

(この場合国保から葬祭費は支給しません。)

整理番号	第 号
受付窓口	<input type="checkbox"/> 市民課 <input type="checkbox"/> (北・南) 部出張所
確認	<input type="checkbox"/> 死亡診断書(死亡届書) <input type="checkbox"/> 端末機 <input type="checkbox"/> 納付状況 <input type="checkbox"/> その他