|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険葬祭費支給申請書** | | | | | | | | 受付印 |
|  |
| 被保険者番号 |  | | | | | | |
| 死亡した  被保険者 | 住　所 | | 尾道市 | | 丁目　　　　　　　　番　　　　　号  町　　　　　　　　　番地 | | | |
| 氏　名 | |  | | | 死亡年月日 | 年　　月　　日 | |
| 葬祭年月日 | 年　　月　　日 | |
| 第三者行為によるものですか  （該当する□をチェックしてください。） | | | | □はい　　□いいえ | | | | |
| 支給額 | | \３０，０００－ | | | | | | |

尾道市長　様

上記死亡者の葬祭は、間違いなく私が行いましたので、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

なお、私が葬祭費を申請し、及び受領することについて、第三者から異議等の申立てがあった場合、私がその第三者に対して責任を持って処理し、尾道市に対して一切迷惑はかけません。

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （葬祭執行者） | 住　所 | 〒  　　　　　市 | | | | 丁目　　　　　　番　　　　　号  町　　　　　　　番地 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | 死亡した被保険者  との続柄 | | | | |  | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | | | | | 銀行・金庫  組合・農協 | | | | |  | | | | | 支店・支所　出張所 | | | |
| 預金種別 | １　普通　　２　当座  ３　その他（　　　　） | | | | | | | 口座番号 | | | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 口座名義  カタカナ |  |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |

※葬祭執行者の振込先口座を記入してください。

※健康保険（本人）資格喪失後３か月以内に亡くなった場合は、前保険者へ埋葬料（費）の申請をしてください。