

国民健康保険葬祭費請求書

被保険者(等) の記号・番号		死亡者	氏名		
			個人番号		
世帯主の氏名			生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日
			世帯主との続柄		
死亡年月日	平成・令和	年 月 日	死亡の 原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)による <input type="checkbox"/> その他	
葬祭執行 年月日	平成・令和	年 月 日	請求金額 50,000円		
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 請求者 (葬祭執行者) 住所 _____ 氏名 _____ (印) 死亡者との続柄 _____ 電話 _____ 養老町長 様					
(請求者と口座名義人が違う場合) 下記名義人口座への振込を承諾します。			請求者 氏名	(印)	
<input type="checkbox"/> 請求者の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 上記の「 <input type="checkbox"/> 請求者の公金受取口座を利用します。」にチェック(レ)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。					
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所 支所	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号		フリガナ			
		口座名義人			

申請事項の 確認	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> 葬儀の領収書	<input type="checkbox"/> その他()	確認者
-------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----

※ 葬祭費のご請求に伴い、国民健康保険税に未納がある世帯の方は、保険税へ一部充当をさせていただくこととなります。

国民健康保険担当係 処理項目
(事務処理後にチェックしてください)

収納状況	電算処理	財務会計	担当印
完納			
未納			