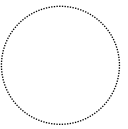


国民健康保険葬祭費請求書

被保険者証 の記号番号		死亡者	氏名	
			個人番号	
			生年月日	年 月 日
世帯主の氏名			世帯主との続柄	
死亡年月日	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	年 月 日	請求金額 50,000円		
上記のとおり請求します。 年 月 日 請求者 住所 (葬祭執行者) 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)		請求者 氏名 (印)		
下記名義人口座への振込を承諾します。				
振込先 金融機関名		銀行 信用金庫 農協	支店 出張所	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きます。

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			