

国民健康保険葬祭費支給申請書

始良市長 殿

令和 年 月 日

申請人 〒 - (Tel - -)
(喪主) 住所 始良市

氏名 ⑤
続柄 ()

被 保 険 者	記号・番号	始国 ・	自治会	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	始良市		
	死亡年月日	令和 年 月 日	交通事故等第三者行為	有 ・ 無
	葬祭年月日	令和 年 月 日	支給額	20,000 円

※振込みでの支給を希望される方は、下の欄も記入してください。

振 込 先 口 座					
金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 鹿児島銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島信用金庫	支 店 支 所 等		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> 南日本銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島興業信用組合			
	<input type="checkbox"/> あいら農業協同組合	<input type="checkbox"/> 鹿児島相互信用金庫			
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	<input type="checkbox"/> ()			
預 金 種 目	普通 ・ 貯蓄	フ リ ガ ナ			
口 座 番 号		預 金 名 義 人			

※ 申請人と預金名義人が違う場合、委任状が必要です。

上記の申請について、(支給・却下) してもよろしいか。

決 裁 欄					決裁年月日	支給年月日
課 長	課 長 補 佐	係 長	担 当 者	起 案 年 月 日		
				令和 年 月 日		