様式第2号（第3条関係）

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証の記号番号	島２９　　－	世帯主氏名	
死亡者氏名		死亡者の個人番号	
死亡年月日	平成　　年　　月　　日		
死亡の場所			
死亡の原因			
葬祭執行年月日	平成　　年　　月　　日		
葬祭を行う者の氏名		死亡者との続柄	

振込先口座（葬祭執行者）	金融機関名	□銀行　□信金　□本店 □農協　□信組　□支店	種別	□普通　□当座
	口座番号		口座名義（カタカナ）	

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者（葬祭執行者）住所　天栄村大字　　字　　番地

氏名　　㊞

個人番号

電話番号　（　　―　　―　　）

天栄村長　様

（注）葬祭執行者であることを確認できる書類（会葬礼状、葬儀費用の領収書など）を添付してください。

処理欄					
死亡者の資格取得日		国保加入期間			
昭・平　　年　　月　　日		□ ３か月以上 □ ３か月未満 → □他国保　□社保等扶養　□社保等本人　□その他			
死亡事実の確認書類	戸籍担当者等確認者の印	国保税確認	第三者行為による療養	備考	
□ 戸籍簿 □ その他（　　）		□ 完納 □ 未納	□ 有　□ 無		

本人確認欄			
身元確認　□本人（世帯主）　□代理人（同一世帯）　□代理人（別世帯）			
世帯主以外の代理人による申請の場合は委任状が必要（同一世帯の世帯者による申請の場合には不要）			
写真有（1点）	写真無（2点以上）	代理権確認	
□個人番号カード　□運転免許証	□健康保険証　□介護保険証	□委任状　□その他（　　）	
□パスポート　□障害者手帳	□年金手帳・証書　□医療証	代理人氏名	続柄
□その他（　　）	□その他（　　）		
個人番号確認	□番号カード　□通知カード　□住基　□その他（　　）		