

国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

(申請先)足立区長

〒

申請者

住所

(葬儀をした人)

氏名

死亡者との続柄

電話

下記のとおり申請します。

また、本記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正については足立区が行うことに同意します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|-----|---|--------------|-------|---|---|---|----|--|--|------|--|--|
| 被保険者証の 記号番号 | 2 | 1 | — | | | | | | | | | | | (枝番) | | |
| 死亡者氏名 | | | | | | 死亡者生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 死亡の原因 (病名など) | | | | | | 死亡年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 葬儀を行った日 | 年 月 日 | | | 支給額 | ¥ | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 特記事項 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 第三者による傷病 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公害医療 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額は、右記の申請者の口座へお振り込みください。 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 座名義人(申請者) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 銀行・信用金庫 | | | | | 支店 | | | | | |
| | | | | | | 信用組合・農協 | | | | | | | | | | |
| | 口座種別 | | | | | 口座番号(右づめで記入) | | | | | | | | | | |
| 普通・当座 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※窓口に来た方が申請者と異なるときに記入してください。

| | |
|----|---------|
| 住所 | 電話 |
| 氏名 | 申請者との続柄 |

※以下、区処理欄

| | |
|------|-----|
| 整理番号 | 受付印 |
| | |

| | | | |
|----|----|----|----|
| 受付 | 確認 | 入力 | 点検 |
| | | | |

<チェックリスト>

| | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 死亡時国保資格あり | <input type="checkbox"/> 受付簿確認(二重請求なし) |
| <input type="checkbox"/> 葬儀領収書の確認 | <input type="checkbox"/> 記入漏れなし |
| <input type="checkbox"/> 領収書コピー | <input type="checkbox"/> 資格画面コピー |
| <input type="checkbox"/> 領収書原本裏にゴム印押印 | <input type="checkbox"/> 申立書 |
| <input type="checkbox"/> 死亡の原因 | (<input type="checkbox"/> 領収書と申請者氏名相違) |
| <input type="checkbox"/> 特記事項 | (<input type="checkbox"/> 火葬の領収書のみ) |
| | (<input type="checkbox"/> その他) |