

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
(葬儀をした人)

住所

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