

葬 祭 費 支 給 申 請 書

														金 額					
被保険者証記号・番号		大村 ・								適用開始年月日				年 月 日					
死亡した 被保険者	氏名									生年月日				年 月 日					
	個人番号																		
	死亡年月日								年 月 日										
振込先口座 (どちらかを 選択してくだ さい。)	☐ 公金受取口座を利用する（口座情報の記載は不要です。） ※公金受取口座を登録済みの方に限ります。																		
	☐ 振込口座を下記に指定する（通帳等の写しを添付）																		
	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合								支店名		本店・支店 店・出張所							
	預金種別	普通・当座・ その他（ ）		口座番号															
	口座名義（カタカナで記入してください。）																		
大村市国民健康保険条例第6条の規定による葬祭費の支給を上記のとおり申請します。																			
年 月 日 (申請者) 住 所 氏 名 電話番号 死亡者との続柄 個人番号																			
大 村 市 長 様																			
※原則、葬祭執行者の口座に振り込みます。 <u>葬祭執行者以外の口座に振込みを希望する場合のみ下記に記入してください。</u>																			
委 任 状																			
私は、() を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。																			
年 月 日																			
葬祭執行者氏名																			

【添付書類】

☐ 被保険者証、マイナンバーカード等の写し ☐ 会葬礼状等の写し又は葬祭執行者申立書

☐ 振込口座の通帳等の写し ※振込口座を指定する場合