

支給年度	令和 年度
決裁年月日	令和 年 月 日
決定額	50,000 円

柏市国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証の記号番号	記号	番 号	死	フリガナ	施主・喪主からみた続柄		
	柏		亡	氏 名			
			者	生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	
				個人番号	1 父 2 母 3 夫 4 妻 5 その他 ()		
死亡年月日		令和 年 月 日		告別式を行った年月日		令和 年 月 日	
死亡の原因(病名)							
第三者行為による交通事故等の場合 (事実と第三者の住所、氏名)							
上記のとおり柏市国民健康保険条例による葬祭費を申請します。 令和 年 月 日 〒 申請人 住 所 (施主・喪主) 氏 名 個人番号 電話番号 ()							
柏市長 あて							
受取口座 (いずれかを選択)		<input type="checkbox"/> マイナポータルで登録した公金受取口座を利用する(個人番号を記入してください) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する(口座情報を記入してください)					
口座情報	金融機関	銀行 金庫 農協 信組	本店 支店	滞納	無・有		
	預金種目 口座番号	普通 当座 貯蓄	支店 番号	納付相談	無・有		
	口座名義人	フリガナ			(収納担当)		
				受 付 日 付 印			

【添付書類】

- ①葬儀の領収書(死亡者の名前、施主・喪主の名前記載のもの)又は会葬礼状
- ②火葬領収書の場合+申立書

委任状

令和 年 月 日

柏市長 あて

施主・喪主 住所

氏名 印.....

下記の者を代理人と定め国民健康保険葬祭費の受領に関する一切の権限を委任したのでお届けします。

代理人（施主・喪主との続柄一 ）

住所

氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 ()