

決裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員

番号	
----	--

国民健康保険葬祭費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		垣 国		死亡した被保険者	氏 名				
個 人 番 号					生 年 月 日		年 月 日		
世 帯 主 氏 名					性 別		世帯主との 続 柄		
第三者行為に よるものか		☐ はい ☐ いいえ			死亡年月日		年 月 日		
葬 祭 を 行 っ た 日		年 月 日							
支払いを希望する 金融機関・口座番 号・口座名義人		金融機関名		銀行・信金・労金 信組・農協・漁協				本店 支店	
		口 座 番 号		普通	当座				
		フ リ ガ ナ							
		口座名義人							
上記のとおり、葬祭費 金 円の支給を申請します。 年 月 日 石垣市長 様 住 所 【申 請 人】 氏 名 (葬祭を行う者) 電 話 ※死亡した被保険者との続柄() 住 所 【代 理 人】 氏 名 電 話									
		事実確認(取扱課)					健康保険課受付欄		
		支払確認者印		死亡届確認者印					