

高森町国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証 記号・番号	高森	世帯主氏名			
死亡した被 保険者の氏名		年		世帯主と の続柄	
死亡の原因	1:第三者行為（交通事故等） 2:その他				
死亡年月日	年 月 日				
葬祭執行 年月日	年 月 日				
金額	20,000 円				
振込希望の 金融機関名	銀行・農協・信組	普通	口座番号		
	支店・支所	当座	口座名義人		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">喪主 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p>高森町長 様</p> <p>(委任状) ※喪主以外の方が受領される場合に記入して下さい。</p> <p>下記の者を代理人と認め、葬祭費の受領を委任します。</p> <p style="text-align: center;">住所 高森町大字</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>					

死亡の事実を

住民登録
 戸籍照合 により確認
 死亡届

確認者印	
------	--