

国民健康保険 葬祭費請求書

金 50,000円 也

上記の金額を下記により請求します。

年 月 日 〒501-

住 所 郡上市

請求者 (葬祭執行者)

氏 名

印

電 話

( )

郡 上 市 長 様

記

被保険者証の 記 号 番 号		死 亡 し た 被 保 険 者 の 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 の 氏 名 個 人 番 号	
請求者と死亡した 被保険者の関係		死 亡 の 原 因	

証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。  年 月 日  岐阜県郡上市長
--------	---

振 込 先 金 融 機 関	預金種別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (フ リ ガ ナ)
銀 行 信 用 金 庫 農 協 組 合	本 店 支 店 出 張 所	普 通 当 座	

(請求者と口座名義人が異なる場合)  
上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。

年 月 日

請求者氏名

印