

国民健康保険葬祭費請求書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		死 亡 者 の 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 の 氏 名	
死 亡 原 因	☐ 交通事故等 ☐ その他	世 帯 主 の 個 人 番 号	
葬祭日の確認書類	☐ 会葬礼状 ☐ 葬儀の領収書 ☐ その他（ ）		
請 求 金 額		50,000	円

郡 上 市 長 様

上記の通り請求します。

年 月 日
〒
請求者 住 所

(葬祭執行者) 氏 名

個 人 番 号

死亡者との続柄

電 話 番 号

振 込 先	☐ 請求者（郡上市民の場合のみ）の公金受取口座を利用します。（下記の口座情報は、記入不要です。） ☐ 下記の口座を指定します。								
	〔金融機関名〕					〔店名〕		口座 種 別	☐ 普通 ☐ 当 座
	口 座 番 号					フリガナ			
						口 座 名 義 人			

（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

確認事項
☐ 死亡者は死亡日の前3カ月以内に
社保加入していない

受 付 印	受 付 印