

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。

平成 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。 平成 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。

平成 年 月 日

請求者氏名

印