

支給額 円

受 取 口 座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。											
振 込 先		金融機関				(フリガナ) 口座名義人							
		口座種別 普通・当座・その他（ ）				口座番号							
被 保 険 者 記号・番号													
死亡した被 保険者氏名										申 請 者 との続柄			
死 亡 年 月 日		年 月 日 （喪失日 年 月 日）											
葬 祭 執 行 年 月 日						交通事故等の 第三者行為				有 ・ 無			
葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。													
委任状 年 月 日													
国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。													
氏 名 _____													
(葬祭を行う者)													
代理人住所 _____													
代理人氏名 _____ 個人番号 _____													
確 認		1. 住民異動届による 2. _____ 確認者氏名											