

記入例

様式第27号

国民健康保険葬祭費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----|---------------------------|-------------|-------------|-----|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|
| 被保険者 | 記号 | 埼所国 | 番号 | 012345 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主住所 | 所沢市並木1-1-1 | | 世帯主氏名 | 所沢 太郎 | | | | | | | | | | | |
| 死亡者の氏名及び生年月日 | 所沢 一 | | 昭和30年3月30日 | 世帯主との続柄 | 父 | | | | | | | | | | |
| 死亡者の個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 | 死亡の原因 | 肺炎 | |
| 死亡年月日 | 令和00年00月00日 | | | 葬祭執行年月日 | 令和00年00月00日 | | | | | | | | | | |
| 死亡場所 | 00病院 | | 支給申請金額 | 50,000 円 | | | | | | | | | | | |
| 備考 | 葬祭を行う者と死亡者との続柄 喪主(氏名) 所沢 太郎 (続柄) 子 | | | 交通事故等の第三者行為 | | 有・無 | | | | | | | | | |
| 支給金額を下記預金口座へ振込み願います。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | 000 銀行 信用金庫 農協 所沢 支店 | | 口座番号 | 普貯 1234567 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | トコロザワ △ タロウ | | 個 | | | | | | | | | | | | |
| 名義人(喪主) | 所沢 太郎 | | 喪主名義の口座です。フリガナも必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座 (利用する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> と右上欄に個人番号を記入し、口座情報の記入は不要です。) | | | | | | | | | | | | | | | |

亡くなった時の世帯主

告別式の日付

上記のとおり支給を受けたく申請します。

令和 00年 00月 00日

(宛先)所沢市長

申請者(喪主) 住所 所沢市並木1-1-1
氏名 所沢 太郎
個人番号 234567891234
電話 04(2998)1111

代理人(喪主以外の方が代理でご申請される場合はご記入ください)

住所 所沢市緑町1-1-1
氏名 所沢 花子
個人番号 345678912345
電話 04(2998)9131

| 受付 | 入力 | 確認 |
|----|----|----|
| | | |

申請時までに公金受取口座が登録されていない場合は使用できませんのでチェックをしないでください。
公金受取口座を利用できるのは、喪主の方が市内在住の場合に限ります。