

国 民 健 康 保 険
葬 祭 費 支 給 申 請 書

記号	番号	申請金額
柏崎		50,000 円
死亡者氏名	申請者からみた続柄	
死亡年月日 令和 年 月 日	葬祭年月日 令和 年 月 日	

振 込 先	☐ 公金受取口座を利用する ※公金受取口座は、申請者様の口座に限ります。利用する方は口座情報の記入不要です。				
	☐ 振込口座を指定する				
	金融機関名 支店名 (フリガナ) 口座名義人	銀行・信金 農協・信組 労金	本店 支店 出張所	口座番号	普通 当座

ゆうちょ

通帳記号	1				0	口座番号								1
------	---	--	--	--	---	------	--	--	--	--	--	--	--	---

申 請 者 (喪主) 記 入 欄	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 柏 崎 市 長 様
	〒 —
	住所
	氏名
	個人番号
	電話番号 ()

国 保 医 療 課 記 入 欄	審査（受付）日
	受付者

委 任 状	
私は下記の者に対し、貴市から債権受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日 柏崎市会計管理者様	
委任者（喪主） 住所 氏名	受任者 住所 氏名

太枠内を記入し、市役所国保医療課、または西山町事務所に提出してください（郵送申請も可能です）。