

葬祭費支給申請書

被保険者の記号・番号		瀬国保:	資格取得		昭和	年 月 日	
個人番号			年 月 日		平成	年 月 日	
死亡者	氏名			世帯主との続柄			
	生年月日	昭 平 令	年 月 日	葬 儀 執 行 者	氏名		
死亡年月日	令和	年 月 日	生年月日				
死亡の場所			死亡者との続柄				
死亡原因	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 業務上の災害 (通勤災害等) 3: その他 (自損事故・疾病等)						

私は、相続人代表として、上記被保険者の死亡にともない、国民健康保険の医療の確保に関する法律に基づいて支給される国民健康保険医療給付の受領を行うことを申請いたします。
なお、他の相続人に対しましては、私 (申請者) が責任を持って対応いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所
(相続人代表)

氏名
(死亡者との続柄)

瀬戸内町長 鎌田 愛人 殿

支給決定伺			
主管課長	課長補佐	係長	係

※: この申請書は、国民健康保険医療給付の請求受領に関して代表者を届出いただくものであり、全ての相続に影響するものではありません。