

# 国民健康保険葬祭費申請書兼請求書

太枠内を記入してください。

被保険者記号番号	中津・
死亡者氏名	
死亡年月日	年 月 日
葬儀執行年月日	令和 年 月 日
葬 祭 費	20,000 円

振込金融機関(葬祭執行者名義)		
金融機関番号( )	店番号( )	口 座 番 号
銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	支 店  出張所	

葬祭費について、上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

中津市長 あて

葬祭執行者(請求者) 住 所

フリガナ

氏 名

Ⓜ

電話番号

— —

続 柄

申 請 者 住 所

(請求者の場合は記入不要) フリガナ

氏 名

Ⓜ

電話番号

— —

※確認

葬祭執行者の確認	<input type="checkbox"/> 会葬御礼(写し可)	<input type="checkbox"/> 葬儀社への支払領収書等
保険証の回収	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
一人世帯の場合誓約書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
高額療養費案内	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
保険証の差替え	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
おくやみシート	<input type="checkbox"/> シートへの記入	<input type="checkbox"/> エクセル入力

受付