

決 済	村長	副村長	課長	課長補佐	係長

処 理	受付	資格 確認	台帳 記入	死因分類 番号

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者 記号番号	東国	世帯主氏名	
死亡した 被保険者氏名		年 月 日生	世帯主と の続柄
死亡した日	年 月 日	葬祭を行った日	年 月 日
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> その他		
上記により、葬祭費 金20,000円の支給を申請します。 年 月 日 申請人（葬祭を行う者） 住所： 氏名： （死亡した被保険者との続柄）：			
証 明 欄		事 実 確 認	
上記の者が平成 年 月 日死亡したこ とを証明します。 年 月 日 医師 住所 氏名		死体火葬（埋葬）証明書 （第 号）	給付担当 係 長 戸籍係長

葬 祭 費 領 収 書

年 月 日 受取人（葬祭を行う者） 住所： 氏名：			
次のとおり受け取りました。 金 円。ただし、下記死亡被保険者の葬祭費として			
死亡した 被保険者氏名		葬祭を行った日	年 月 日

※死亡の事実を証明する書類を添付。ただし、戸籍又は住民票等により確認できる場合は、添付を要しない。