

国民健康保険葬祭費請求書

金 50,000 円 也

上記の金額を、下記により請求します。

年 月 日

住所
請求者
氏名

電話番号

揖斐川町長 様

記

被保険者証の 記号番号		死亡した被保 険者の氏名	
死亡年月日	年 月 日	世帯主の 氏名	
請求者と死亡した 被保険者との関係		死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）による <input type="checkbox"/> その他

振込先金融機関名	預金種別	口座番号	預金名義人 (フリガナを必ずご記入してください。)
銀行 信用金庫 店 農協	1 普通 2 当座 3 貯蓄		

証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日
--------	------------------------------

備考 証明は、死亡届の受理又は埋(火)葬許可証を発行した町長が行うこと。