

国民健康保険葬祭費支給申込書

被保険者記号・番号	29 - .	
死亡者	氏名	生年月日 年 月 日
死亡に関する 状 況	死亡年月日	年 月 日
	葬祭を行った年月日	年 月 日

上記のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申し込みます。

年 月 日

府中市長

葬祭を行った方 住 所

氏 名

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

死亡者との続柄

電 話

支 給 額	50,000 円
-------	----------

第三者行為の有無 確 認 欄	1 無し
	2 有り

受付

死亡事実の 確 認 欄	1 住民基本台帳により確認
	2 その他

※ その他の場合は確認書類の写しを添付