第6号様式（第10条関係）

本人確認処理欄

免許	パス	住基	保険	身障	年金	聞取	個人	

受付印

大垣市国民健康保険

葬祭費支給申請書

大垣市長　　様

金　５０，０００　円也

上記の金額を申請します。

年　　月　　日

申請人（葬祭執行者）

住所　〒

大垣市　　町　　丁目　　番地

氏名　　（死亡者との続柄　　）

電話

振込先金融機関					
□　公金受取口座を利用する。（利用する場合は口座情報の記入不要） 注）申請人の住所が大垣市外の場合は利用できませんので、必ず口座情報をご記入ください。					
銀行 金庫 農協	店 所	普・当	口座番号		
		フリガナ			台帳
		名義人氏名			

被保険者記号・番号	
死亡年月日	年　　月　　日
死亡原因	□ 第三者行為（交通事故等）による　□ その他
被保険者氏名	
葬祭執行年月日	年　　月　　日

帳簿

葬祭執行者の確認書類	□会葬礼状　□葬儀の領収書　□その他（　　）	確認者	

※毎月１０日までに申請された場合は、申請月の月末に支払います（１１日～月末までに申請された場合は翌月末）。

振込のお知らせは郵送いたしませんので、通帳等でご確認ください。