

国民健康保険葬祭費支給申請書

越谷市長宛 令和 年 月 日

申請者(葬祭を行った者)

住 所
氏 名
電 話

次のとおり申請します。

記 号・番 号		世 帯 主	住 所		
		氏 名			
死 亡 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	年 月 日生			申請者からみた 死亡者との関係 (続柄)	
死 亡 年 月 日	年 月 日	葬祭を行った年月日		年 月 日	
死亡者の適用 開 始 年 月 日	年 月 日	支 給 申 請 金 額		5 0 , 0 0 0 円	

※ 支給金額は、下記の金融機関口座に振り込んでください。

銀 行 信用金庫 農 協	支 店	口 座 番 号	普通・当座	フリガナ	
				名義人	

(注) この申請は、葬祭を行った日を基準として支給するものです。

越谷市の国民健康保険適用開始後3ヶ月以内の死亡で国保加入前、社会保険本人で加入していた場合は、加入期間を問わず社会保険から支給されます。

(この場合国保から葬祭費は支給しません。)

整理番号	第 号
受付窓口	☐ 市民課 ☐ (北・南) 部出張所
確 認	☐ 死亡診断書(死亡届書) ☐ 端末機 ☐ 納付状況 ☐ その他