

葬 祭 費 請 求 書		
金 額 50,000 円		
被保険者記号・番号	(枝番)	
死亡した 被保険者	住 所	御殿場市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
請求者との続柄		
死 亡 年 月 日		年 月 日
死 亡 の 原 因		
葬 祭 執 行 年 月 日		年 月 日
<p>御殿場市国民健康保険条例第6条に規定する葬祭費を受けたいので、上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>御 殿 場 市 長 様</p> <p>請求者(葬祭を行う者)</p> <p>郵便番号 —</p> <p>住 所 御殿場市</p> <p>氏 名</p> <p>電 話 — —</p>		

振 込 先	金融機関名	銀 行 本 店	
		金 庫 支 店	
		農 協	
	預金種目	普 通 当 座	口座番号
	フリガナ		
	名義人		

※請求者以外の口座を希望の際は、委任状が必要です。