

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

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。

年 月 日

御 殿 場 市 長 様

請求者(葬祭を行う者)

郵便番号 ー

住 所 御殿場市

氏 名

電 話 ー ー

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。