

## 国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

被保険者記号番号	20-	
死亡者 関係事項	資格喪失日 (死亡日の翌日)	年      月      日
	死   亡   日	年      月      日
	死亡者の氏名	
	葬祭執行年月日	年      月      日
交通事故・傷害・労災による死亡の場合にはチェックをしてください。		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者による傷害 <input type="checkbox"/> 労災

葬祭費として      

¥	7	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

上記のとおり申請いたします。

なお、支給決定後、上記の国民健康保険葬祭費について請求いたしますので、  
下記振込口座に振り込んでください。

練馬区長 殿

年      月      日

〒

申 請 者  
(葬祭を執行した方) 住所

氏名

死亡者との続柄

電話                      (                      )

振込先 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農      協			店	フリガナ	
	預金種別	普通	コード	—		口座名義	
					口座番号 (右づめ)		

【区処理欄】

	受 付	入力確認	保険者確認	資格喪失後 3 か月
		1. 入力済  2. 未入力	1. 葬儀領収書 2. 会葬礼状 3.	<input type="checkbox"/> 確認済み
資格取得 年月日	年      月      日		主      重      支 喪      事      発 滞      B	