



射水市国民健康保険

第三者行為 該当の有無	有・無
----------------	-----

葬祭費支給申請書

整理番号		死亡した者の氏名及び生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	性別 男・女
被保険者証の記号番号		死亡した者の個人番号					
申請金額	30,000円	死亡年月日	平成	年	月	日	
葬祭を行う者(申請者)の氏名		死亡した者との続柄					

上記のとおり申請します。なお、支給決定額は下記の口座へ振り込んでください。

平成 年 月 日

射水市長 へ

住所 _____

(申請者) 氏名 _____ 印

連絡先(電話番号) () _____

支給決定額	円	金融機関名	銀行・金庫・農協
			本店・支店・支所・出張所
摘要		口座種目	1 普通 , 2 当座
		口座番号	
		(カタカナ) 口座名義人	
		申請者との続柄	1 本人 , 2 その他 ()