

国民健康保険 葬祭費支給申請書

この申請書は、国民健康保険に加入していた方が亡くなったとき、葬祭を行った方へ葬祭費を支給する手続きに使用します。

<亡くなった方>（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所 (建物名等)					

死亡年月日	年	月	日	死亡の場所	
葬祭執行 年月日	年	月	日	死亡の原因 第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
世帯主の 氏名				世帯主との 関係	世帯主から見て

<申請者>（葬祭執行人）

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
上記のとおり申請します。						
フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名	署名	個人番号				
		電話番号	-	-		
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 亡くなった方と同じ（記入不要）			続柄	亡くなった方から見て	

<受取口座> ※原則として葬祭執行人の口座を指定してください

口座名義人	カナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1		0	-		1
銀行口座に振込		口座番号				
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		本店	<input type="checkbox"/> 普通			
		支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を 利用できない場合
<input type="checkbox"/> 為替証書払い
<input type="checkbox"/> 窓口払い
市処理欄
-

北見市使用欄

申請書交付時	<公簿確認> <input type="checkbox"/> 戸籍(除籍) <input type="checkbox"/> 住民票除籍 <input type="checkbox"/> 死亡届 <input type="checkbox"/> 被保険者台帳 <input type="checkbox"/> 火葬許可証 <input type="checkbox"/> 他()
受付時	・死亡した被保険者の資格取得日、事由確認【 年 月 日 () ・なし】 ・他保険より支給あるため申請却下 (電話連絡済・文書発送済) ・申請書原本 介護・国保 ・承継人入力 介護・国保

本人確認	提出方法	備考	交付	入力	扱者
①番・免・バ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 員() <input type="checkbox"/> 同住()				
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他()		国保番号		
③ヒア	<input type="checkbox"/> 郵送		宛名番号		

