

佐伯市国民健康保険  
葬祭費請求書

請求額 20,000 円也

被保険者証記号番号		佐国保第	号		
死亡者	住所	佐伯市		死亡年月日	令和 年 月 日
	氏名			世帯主との続柄	
	個人番号			交通事故等の 第三者行為	有・無
葬祭 執行者	住所				
	氏名			死亡者 との続柄	
備考					

上記の死亡について、佐伯市国民健康保険条例第4条の規定に基づき、葬祭費を請求します。

令和 年 月 日

郵便番号 -

住 所

個人番号

氏 名

電話番号 ( )

佐伯市長 様

受領の方法	<input type="checkbox"/> 口座振込	<input type="checkbox"/> 大分銀行	支店名	口座番号		
		<input type="checkbox"/> 大分信用金庫	支店 支所			
	<input type="checkbox"/> 窓口払	<input type="checkbox"/> 大分県農協	店番	フリガナ		
		<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行		口座 名義人		
		<input type="checkbox"/> ( ) 銀行 金庫 組合	預金種目 普・当			

◎口座名義人が、葬祭執行者と異なる場合は、理由を記入してください。

理由		死亡者との 続柄	
----	--	-------------	--

※市記入欄

国保 状況	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日加入 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> その他	保険証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	受付 番号	第 号	チ エ ッ ク	
----------	---	-----	---	----------	-----	------------------	--