様式第22号(第17条関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書

受付印

被保険者記号・番号	（枝番）		
死亡者の氏名			
死亡場所			
死亡年月日	令和・平成　年　月　日	葬祭執行年月日	令和・平成　年　月　日
死亡の原因		申請者との続柄	
交通事故等の第三者行為	有　・　無		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（喪主）　住　所

氏　名

個人番号

電話番号（　　）－　　－

（届出者）　氏　名

電話番号（　　）－　　－

あま市長　様

証明欄	上記のとおり、死亡の事実を証明します。 年　月　日 住　所 医師 氏　名 （死亡届がしてあれば証明は不要です。）

口座振込	（金融機関名） 銀　行 ＿＿＿＿＿信用金庫＿＿＿＿＿店 農　協	普通 当座	番　号	
			名義人	（フリガナ）

処理欄	支払日	入　力	受付者

市民生活部　保険医療課