

様式第 19 号(第 15 条関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書			
被 保 険 者 記 号 番 号			
世 帯 主 氏 名			
死 亡 者	氏 名		
	死 亡 年 月 日	年	月 日
	死 亡 の 原 因	第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	葬 儀 執 行 年 月 日	年	月 日
	世 帯 主 と の 続 柄		申 請 者 と の 続 柄
支 払 方 法	口 座 振 込	(金融機関名) (支店名)	口 座 名 義 人
		(預金種別) (口座番号)	
	上記の金融機関に振り込んでください。		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 阿久比町</p> <p>氏 名</p> <p>(電話番号 )</p> <p>阿久比町長 殿</p>			