

		異動票 確認		証返却 確認	
--	--	-----------	--	-----------	--

※ 下記の太枠内にご記入ください。

奥多摩町国民健康保険 葬祭費支給申請書兼請求書					
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		55 - ●● ・ ●●●●-●●			
関 死 係 亡 事 項 者	被 保 険 者 氏 名	奥多摩 太郎			
	被 保 険 者 住 所	奥多摩町 氷川●●●番地			
	死 亡 年 月 日	令和●●年 ●●月 ●●日			
	葬 祭 執 行 年 月 日	令和●●年 ●●月 ●●日			
葬 祭 費 請 求 金 額		50,000 円			
上記のとおり葬祭費について申請及び請求します。 なお、支払いにあたっては下欄の指定口座に振込みをしてください。 令和●●年 ●●月 ●●日 【申請者】 〒198-0212 住 所 奥多摩町氷川●●●番地 氏 名 奥多摩 花子 電話番号 ●●● (●●●●) ●●●● 死亡者との続柄・・・ 子 奥多摩町長 殿					

【指定口座記入欄】

- ※ 口座名義は、申請者と同じ方としてください。
- ※ ゆうちょ銀行（郵便局）の場合は、3桁の支店コードを必ずご記入ください。

振 込 先	金 融 機 関 名	××××										銀行 農協 信用金庫 信用組合	▲▲	本店 支店 出張所	
	金融機関コード	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7					
	預 金 区 分	普通										当座	その他 ()		
	口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	7							
	フ リ ガ ナ	オクタマ ハナコ													
	口 座 名 義	奥多摩 花子													

- ※ 本申請時に、被保険者証をご返却ください。