

国民健康保険葬祭費支給申請書				
被 保 険 者 証	記 号	よ り い	番 号	
世 帯 主	住 所	寄居町大字	氏 名	
死 亡 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日		年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
死 亡 年 月 日	年 月 日	葬 祭 執 行 年 月 日	年 月 日	
死 亡 場 所		死 亡 の 原 因		
支 給 申 請 金 額	50,000 円			
備 考	葬祭を行う者と死亡者との続柄			
<p>上記のとおり支給を受けたく、申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p style="text-align: center;">寄居町長</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請人</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。 <small>※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□」にチェック（✓）してください。</small>				
振 込 機 関 先 名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協 支 店			
預 金 種 別 号 及 び 口 座 番 号	普 通 当 座
フ リ ガ ナ				
名 義 人 (世 帯 主)				