

葬 祭 費 支 給 申 請 書

¥	5	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

ただし、船橋市国民健康保険条例第7条による葬祭費

被保険者証番号	第 保険証の番号 号	死亡者の氏名 及び生年月日	死亡した方の氏名、生年月日 年 月 日
申請者(喪主) の氏名	喪主の方の氏名	申請者(喪主)との 続 柄	喪主の方からみた続柄
死亡年月日	年 月 日	葬祭執行年月日	葬祭を行った年月日を 記入ください。
死亡の原因	不明な場合は 空欄	死亡が第三者の行為によるときは、 その事実並びに第三者の住所氏名	第三者の行為の場合は、 記入ください。

上記のとおり申請します。
年 月 日
(申請年月日)

申請者(喪主)

船橋市長 あて

(〒)
住所
氏名

喪主の方の郵便番号、氏名、
住所を記入ください。

喪主の方の認め印をおしてください。

上記の金額を領収しました。
年 月 日

記入不要。

振込先	銀行名	支店名	支店コード	普・当	口座番号	ふりがな ※※ ※※
	〇〇銀行	△△支店	3桁の数字		7桁の数字	名義

喪主の方と同一名
義のもの。喪主以
外の場合は、要委
任状。

証明(確認)欄

上記のとおり死亡の事実を証明します。

記入不要。

医

氏名

捨
印

喪主の方の認め印をおしてください。

TEL 日中連絡がとれる電話番号