

国民健康保険葬祭費請求書

決裁日 年 月 日

起票	年 月 日		課		
決裁	課長	副参事	課長補佐	係長	係

一金	5	0	0	0	0	円
----	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者 証	記号				番号		
世帯主の住所及び氏名	住所	鹿嶋市			氏名		
死 亡 関 係 事 項	死亡年月日	年 月 日					
	死亡の場所						
	死亡者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	世帯主との続柄	
	死亡の原因				法64条・法60条該当の有無		
	葬祭執行年月日						
葬祭を行う者	住 所				氏 名	死亡者との続柄	
死亡の事実の証明	上記のとおり死亡の届出のあったことを確認いたします。 戸籍事務担当者 (住所登録事務担当) 印						

上記金額を請求いたします。

年 月 日

請求者（喪主）住 所

氏 名

印

電話番号

鹿嶋市長

様

(振込先)

振込先金融機関名	銀行 金庫 農協 組合			本店 支店 出張所
口座名義人（カタカナ）				
種別及び口座番号	普通	当座	貯蓄	番号
電話番号				

※ 支払は、口座振替となりますので、請求書に必要事項を記入して下さい。また、請求者（喪主）と口座名義人が異なる場合は、請求者からの委任状（裏面）の提出をお願いします。

(裏面)

委 任 状

私は、鹿嶋市国民健康保険葬祭費の受領に関し、下記の者へ委任します。

受任者(受領者) 住 所
氏 名

年 月 日

委任者(喪主)
住 所
氏 名

鹿嶋市長 様