

国民健康保険葬祭費支給申請書

—金 50,000 円也 (伊賀市国民健康保険条例第6条による葬祭費)

上記金額を支給されるよう申請します。 年 月 日

被保険者の 記号番号					
死亡した 被保険者 氏名	申請者との 続柄				
	個人番号				
死 亡 年月日	年 月 日	(適用終了日)			
葬祭執行 年月日	年 月 日				

(あて先) 伊賀市長 様

(葬祭を行った者) 〒

申請者住所

氏名

個人番号

電話番号 ()

支払については、下記預金口座に振り込んでください。

振込先の口座名義人が申請者(葬祭を行った者)と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、下記指定口座への振込をもって伊賀市からの支払金の受領と認めます。また、他の相続人等から異議の申し立てがあった場合には、申請者が全責任をもって当事者間で解決することを誓約します。

振込先	☐ 公金受取口座を利用します				
	金融機関	銀 信 用 金 庫 農 協 ・ 信 漁 連	フリガナ		
		支店	口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号		
第三者行為の有無	有 ・ 無	資 格 確 認	納 付 確 認	入 力	受 付 印
備考欄					

(注1) 他の健康保険から、これに相当する給付を受けられる場合(他の健康保険で、被保険者本人としての期間が継続して1年以上あった者が、資格喪失後3か月以内に死亡した場合など)は支給できません。ただし、他市の国保、国保組合、社保の扶養であった場合は除きます。

(注2) 伊賀市国民健康保険税に滞納がある場合は、支給が遅れる場合がありますので、至急納付または納付相談してください。