

江 東 区 長 殿

申請者
(葬祭執行者)

【確認事項】
☐ 私は、他の保険者(社会保険等)から葬祭費に相当する給付(埋葬費等)を受給できないことを確認しました。

〒				—				
住所	都道府県				区市町村			
	丁目・番地・号 / 方書							
カナ								
氏名								
電話 ()								

葬祭費支給申請書

下記のとおり申請します。

記

金額	70,000	円
----	--------	---

ただし、江東区国民健康保険条例第11条による葬祭費

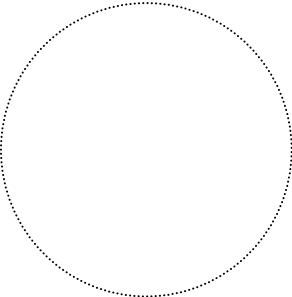
記 号 番 号		記号	08	—	番号					
個 人 番 号										
死亡者関係事項	死亡年月日	令和	年 月 日							
	死亡者氏名									
	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日							
	死 亡 の 原 因	病気 老衰 負傷/その他（第三者による加害行為：あり / なし）								
	葬祭執行日（告別式）	令和	年 月 日							

※ 申請者名義以外の口座に振り込む場合は、裏面もご記入ください。

振込先 金融機関	銀 行				本店							
	信用金庫				支 店							
		信用組合				出張所						
金融機関コード						支店コード						
振込口座	預金種類	普通 当座 貯蓄			口座番号							
	名義人氏名 (カタカナ)											

※ 申請者以外の方がお届けに来られた場合は、ご記入ください。

(住所)			
電話 ()			
(氏名)			申請者との関係
資格喪失情報	受付者	受付場所	受付日
年 月 日		区白富豊小亀大砂南	年 月 日



年 月 日

委 任 状

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任します。

葬祭費の受領に関すること。

委任者(申請者)の住所

委任者氏名(自署)

受任者(代理人)の住所

フリガナ

受任者氏名
