様式第29号

国　民　健　康　保　険
葬　祭　費　支　給　申　請　書

記号・番号	―

申請金額	¥	5	0	0	0	0	―

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日			年　月　日
死亡年月日			年　月　日
葬祭日			年　月　日
死亡の原因			1：第三者行為（交通事故）　2：自損事故　3：疾病等
葬祭執行者	申請者と同じ		☐ 下記申請者に同じ（申請者と同じ場合は☑のみ・異なる場合は以下に記入）
	申請者と異なる場合	住所	
		フリガナ	
		氏名	
		死亡者との続柄	

振込先	☐ 公金受取口座を利用する ☐ 下記の口座を指定する（網掛けの中は記入不要です。）				
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　）	本店・支店 （　）	預金種別	普通 当座 （　）	
口座番号 （左詰めで記入）					
口座名義人 （カタカナ）					

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字空けてください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。なお、葬祭費の受領につきましては下記申請者が一切の責を負います。

年　月　日　〒　―

申請者（葬祭執行者）　住所

フリガナ
氏名

死亡者との続柄

電話番号