

※ 支給決定致したい。	課 長	係 長	係	合 議
決 定 年 月 日				
令 和 年 月 日				

国民健康保険葬祭費支給申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	岩見沢	被 保 険 者 氏 名	
		生 年 月 日	
申請人から みた続柄		異動年月日	
		第三者行為	有・無

上記のとおり岩見沢市国民健康保険条例第6条により、葬祭費を申請します。

年 月 日

住所 岩見沢市 _____

氏名 _____ 印 _____

TEL _____ ~ _____

受領については _____ に委任します ㊞

岩 見 沢 市 長 様

支 払 方 法	現 金	口 座 振 込	銀行 金庫 農協	本支店
			口座番号 普・当	
			フリガナ	
			口座名義人	

支給決定金額のうち _____ 円を国民健康保険料に充当することを了承します ㊞

受付	担当	確認