

## 葬 祭 費 請 求 書

金 額

50,000 円

ただし、浜松市国民健康保険条例第6条による葬祭費

被 保 険 者 証  
記 号 番 号死 亡 し た 被  
保 険 者 氏 名

死 亡 の 原 因

生 年 月 日

昭 和 平 成 令 和

年 月 日

死 亡 年 月 日

令 和 年 月 日

葬 祭 執 行  
年 月 日

令 和 年 月 日

死 亡 届 受 理 日 令 和 年 月 日

受 付 者

上 記 の 金 額 を 請 求 し ます。

令 和 年 月 日

住 所

(マ ン シ ョ ン 名 ・ 室 番 号 等)

葬 祭 執 行 者

氏 名

(死 亡 し た 被 保 険 者 と の 続 柄 )

電 話 番 号 ( ) -

(あて先) 浜松市長

死 亡 前 3 箇 月 以 内  
の 他 保 険 離 脱

無 ・ 有

令 和 年 月 日

他 保 険 本 人  
他 保 険 の 扶 養  
他 の 国 保

離 脱

葬 祭 執 行 者  
の 預 金 口 座銀 行  
信 用 金 庫  
農 協本 店  
営 業 部  
支 店 ・ 支 所普 通 預 金  
当 座 預 金

口 座 番 号

口 座 名 義 (カ ナ)

口 座 連 絡 依 頼 済

※ この請求書に必ず被保険者証を添えて提出してください。