

国民健康保険葬祭費請求書

一金 円也

被 保 険 者 証		記 号		茨 東 海			番 号					
世帯主の住所及氏名		住 所					氏 名					
死亡時 関 係 事 項	死 亡 年 月 日	令和 年 月 日										
	死 亡 の 場 所											
	死亡者の氏名					男 女	生年月日 年 月 日			世帯主と の 続 柄		
	死 亡 者 の 個 人 番 号											
	死 亡 の 原 因						法第 6 4 条第 6 0 条 該当の有無					
	葬 祭 執 行 年 月 日	令和 年 月 日										
葬祭を 行う者	住所					氏名			死 亡 者 と の 続 柄			
死亡の 事 実 確 認	上記のとおり死亡の届出のあったことを確認いたします。 戸籍事務担当者 (住民登録事務担当者) 印											

上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

請求者 住 所

氏 名 印

個人番号

東海村長 様

上記金額を領収いたしました。

令和 年 月 日

請求者 住所

氏名 印

東海村会計管理者 様

振 込 先	銀行・信金 信組・農協 その他	支店名	支店
口座番号	普	口 座 名 義	ふりがな