

様式第44号 (第49条関係)

葬 祭 費 請 求 書

被保険者 記号・番号				請求金額	
死亡者名				大田原市長 様	
生年月日	年 月 日 (満 歳)			大田原市国民健康保険条例第8条に基づく 葬祭費を請求します。	
請求者との 続 柄				また、葬祭費の受領について、下記請求者 が責任をもって異議の生じないよう誓約しま す。	
死亡年月日	年 月 日	葬祭施行 年 月 日	年 月 日	年 月 日	
確 認 書 類	1 死亡届	確認年月日	年 月 日	住所	氏名
	2 埋火葬許可証	確 認 印			
	3 その他				
振込先名				口座種別	普通 当座
				口座番号	
フリガナ 口座名義人				電話番号	

市役所 確認欄	葬 祭 者	・ 会葬礼状 ・ 葬儀の領収書 ・ その他 ( )	確 認 印
	届 出 人	・ 運転免許証 ・ その他 ( )	