

## 国民健康保険 葬祭費支給申請書

神戸市 区長宛

被保険者番号					

世帯主の氏名
(フリガナ)

世帯主の住所
〒 - 神戸市 区

死亡に関する事項	死亡した被保険者の氏名	
	死亡年月日	令和 年 月 日
	死亡の場所	
	死亡の原因	
葬祭年月日	令和 年 月 日	

申請者 (喪主)	上記のとおり神戸市国民健康保険条例により葬祭費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 -
	氏名 _____ (死亡した被保険者との関係: _____)
	電話番号 ( _____ ) - _____

上記の者の葬祭費について、他の健康保険に申請していません。	該当チェック欄 <input type="checkbox"/>
他の健康保険に加入し、脱退日から3か月以内に死亡した場合、当該保険より葬祭費が支給される場合があります。	

口座振替依頼書	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	
	(銀行・信用金庫・ 信用組合・農協)	(本店・支店)	普通・当座・貯蓄		
			口座名義人 (カタカナ)		
	金融機関コード	支店コード			

※ゆうちょ銀行への振込みの場合は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。

注意事項	・死亡した方の被保険者証を返還してください。
	・【死亡事実の確認】埋火葬許可証または死亡届の写しを提出してください。
	・【葬祭事実、喪主の確認】葬祭の領収書または会葬礼状を提出してください。提出できない場合は誓約書を提出してください。
	・死亡の原因が交通事故等の第三者の行為の場合、支給できない可能性があります。

## 《神戸市処理欄》

給付記録	資格確認	社保確認	未納確認
添付書類			
【死亡事実の確認書類】 埋火葬許可証、死亡届の写しのいずれか			
【葬祭事実、喪主の確認書類】 葬祭の領収書、会葬礼状、誓約書のいずれか			

支給決定額	50,000円		
不支給理由			
起案：令和 年 月 日 決裁：令和 年 月 日	受付印		
課長		係長	担当