様式第3号(第16条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (記入しないでください) |  |  | 処理欄 | | 受付年月日 | | | | | | 受付番号 | | | | 資格確認 | | | | | 支給台帳記入 | | | 死因分類番号 | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | |
| 支給決定伺 | 課長 | | | | |  | | | | | 支給金額 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |  | |
| 課長補佐 | | | | |  | | | | |  | |
| 支給決定年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |  | |
| 係長 | | | | |  | | | | |  | |
| 係 | | | | |  | | | | | 上記のとおり支給決定します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険葬祭費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | | | | 記号 | | | 国国 | | | | | 世帯主氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 番号 | | |  | | | | |
| 死亡した被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | 年　月　日生 | | | | | | 世帯主との続柄 | | |  | | | | | |
| 死亡した日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 葬祭を行った日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記により葬祭費 | | | | | | | | 金　　　　　　　円 | | | | | | | | | の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  国頭村長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | 私が受領すべき上記金額は | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | |  |  | |  | | | | |
|  | | | | | | 銀行　　　　　　店  農協　　　　　　所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | への振込みをもって当方の受領と認めます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | |  |  | |  | | | | |
| 申請人(葬儀を行う者)　　住所　国頭村字　　　　　　　番地  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明欄 | 事業確認 | |
| 上記の者が　　年　　月　　日死亡したことを証明します。  年　　月　　日  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞  医師 | 死体火葬(埋葬)許可証  第　　　　　号 | 給付担当係長 |