

死亡されたかたについて次のことにお答えください。

- 被用者保険(本人)を脱退してから3か月以内の死亡である。
 - 死亡日前3か月以内に被用者保険の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている。
- あてあはまる場合は加入していた社会保険(健康保険または共済組合等)へ申請してください。

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日	申 請 者 と の 続 柄	
葬 祭 執 行 年 月 日	年 月 日		
死 亡 の 原 因 <small>(あてはまる番号に○)</small>	1. 疾病等(2以外) 2. 交通事故等第三者行為 (※2の場合は国民健康保険の葬祭費は支給されないことがあります。 また、「第三者行為による傷病届」等の書類を提出してください。)		
申 請 金 額	¥50,000.-		
上記届出をもって葬祭費の支給申請をいたします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right;"> 住 所 _____ 申請者 (葬祭執 行者) (ふりがな) (_____) 氏 名 _____ (印) 電話番号 - - </div> </div> 八峰町長 殿			

金 融 機 関 口 座 振 替 申 出 書

金 融 機 関 名	農業協同 組合 銀行	本所 支所 本店 支店	口 座 名 義 人
(該当金融機関を○でかこむこと)	当座 . 普通		口 座 番 号
上記の口座に葬祭費の振込を申し出します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right;"> 住 所 _____ 申請者 (葬祭執 行者) 氏 名 _____ (印) </div> </div> 八峰町長 殿			