

国民健康保険葬祭費請求書

被 保 険 者 証 号 記 号 番 号	菊 陽		
死 亡 し た 被 保 険 者 氏 名		請 求 者 と の 続 柄	
死 亡 年 月 日	年	月	日
葬 祭 執 行 年 月 日	年	月	日
請 求 金 額	20,000円		
第 三 者 行 為 等 の 有 無	有 ・ 無		
振 込 希 望 金 融 機 関 名		店 支 所 口 座 番 号	1 普通 2 当座
(請 求 者 名 義)			

上記のとおり、菊陽町国民健康保険条例第8条の規定により、請求します。

年 月 日

請求者
(葬祭執行者)

住所

フリガナ
氏名



電話番号 ()

菊 陽 町 長 様