

武蔵村山市国民健康保険葬祭費支給申請書

被 保 険 者 番 号	4 6 - -
死 亡 者 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
死 亡 年 月 日	平成・令和 年 月 日
葬 祭 年 月 日	平成・令和 年 月 日
申 請 金 額	5 0, 0 0 0 円

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

武蔵村山市長 殿

住 所 _____

(方書)

申請者

(葬祭者)

氏 名 _____

※申請者本人の署名でない場合は記名押印してください。

電 話 () _____

死亡者との続柄 _____

收受印

受付	担当	係長	課長