

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者の記号・番号	島49-	世帯主氏名	
死亡者氏名			
死亡年月日	平成 年 月 日		
死亡の場所			
死亡の原因			
葬祭執行年月日	平成 年 月 日		
葬祭を行う者の氏名		死亡者との関係	
上記のとおり申請いたします。			
平成 年 月 日			
住所 福島県河沼郡柳津町			
申請人 大字 字 番地			
氏名 印			
柳津町長様			

備考

死亡を確認できる書類を添付すること。