国 民 健 康 保 険 葬 祭 費 請 求 書

金額　５０，０００円

被保険者の記号・番号		死亡者氏名	
		死亡者生年月日	昭・平・令　年　月　日
死亡の日	平成・令和　年　月　日	請求者との続柄	
葬祭の日	平成・令和　年　月　日	死亡原因	1　疾病等 2　交通事故等第三者行為

死亡者の埋葬料等について，被用者保険に支給申請を行いません。　□ はい　□ いいえ

※被用者保険（本人）を脱退してから３ヶ月以内の死亡の場合や，死亡日の３ヶ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場合は，被用者保険から埋葬料等が支給されることがあります。

振込先	銀行・農協・労金 信金・信組　本店・本所・出張所 支店・支所		
	預金種別　普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人 （葬祭を行った人）		

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

請求者　（葬祭を行った人）

住所

（あて先）宇都宮市長

氏名

電話　㊞　㊞

確認欄	死亡	死亡届・戸籍・住基	令和　年　月　日	照合印	
	葬祭者	会葬礼状・領収書・埋火葬許可証 その他（　　）			

地区市民センター・出張所名　（　　）

◎被保険者がお亡くなりになったとき，宇都宮市国民健康保険条例第７条による葬祭費が支給されます。

◎葬祭費の振込口座は，請求者名義（葬祭を行った人）のものをご記入ください。

◎交通事故等第三者行為によって死亡された場合については，国民健康保険の葬祭費は支給されないことがありますので，御注意ください。

金融機関ＣＤ					－			