国民健康保険　葬祭費　支給申請書

仙台市＿＿＿＿＿区長宛
仙台市国民健康保険条例第７条の規定による葬祭費について申請します。

申請年月日	年　月　日

死亡した被保険者

被保険者証	記号　仙台　番号		
氏名	(フリガナ)	生年月日	年　月　日
個人番号		死亡年月日	年　月　日
住所	仙台市　区		
死亡の原因	□ 1.第三者行為（交通事故等） 2.その他（疾病等）	1.の場合は、傷病届を提出してください。	

亡くなられた方は、次のいずれかに当てはまる方ですか。
①国民健康保険加入前は社会保険の被保険者（本人）で、国民健康保険に加入してから３か月以内に亡くなった。
②国民健康保険加入前の社会保険から、傷病手当金または出産手当の継続給付を受給中に亡くなった。
③②の受給終了後３か月以内に亡くなった。

□ 1.はい　2.いいえ

「はい」の場合は、国民健康保険から葬祭費は支給しません。直前に加入していた社会保険組合等に対して埋葬料（費）の支給申請を行ってください。

葬祭を行った方（申請者）

氏名		葬祭（告別式等）を行った日	年　月　日
個人番号		死亡者との続柄	
住所			
電話番号	(　　)		

振込先口座

金融機関名	銀行・金庫・信組・農協	支店・本店・出張所・支所・本店営業部	申請者名義の口座をご記入ください
預金種別	□ 1.普通 2.当座	口座番号	(左詰めでご記入ください)
口座名義人	（カタカナでご記入ください）		

添付書類					入力	受付
	□会葬御礼はがき					
	□葬儀費用の領収書（写し）					
	□その他					

〔収受印〕