

葬 祭 費 請 求 書

金 額

50,000 円

ただし、浜松市国民健康保険条例第6条による葬祭費

被保険者証
記 号 番 号

死亡した被
保 険 者 氏 名

死亡の原因

生 年 月 日

昭和 平成 令和
年 月 日

死亡年月日

令和 年 月 日

葬祭執行
年 月 日

令和 年 月 日

上記にかかる死亡届を受理しました。

平成・令和 年 月 日

受付者

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住 所

(マンション名・室番号等)

(フリガナ)

葬祭執行者

氏 名

(死亡した被保険者との続柄)

電話番号()

(あて先) 浜松市長

死亡前3箇月以内
の他保険離脱

無 ・ 有

年 月 日

他保険本人
他保険の扶養
他の国保

離 脱

葬 祭 執 行 者
の 預 金 口 座

銀 行
信 用 金 庫
農 協

本 店
支 店・営 業 部
支 所

当 座 預 金
普 通 預 金

口 座 番 号

口座名義(カナ)

口座連絡依頼済

※ この請求書に必ず被保険者証を添えて提出してください。

捨
印