

別記第6号の2様式（第8条関係）

国民健康保険 葬祭費 請求書

多治見市長

金 円也

上記の金額を次のとおり請求します。

令和 年 月 日

葬祭を行う者 多治見市 丁目 番地
氏名
電話（ ） —

年度	被保険者記号・番号	多	—
死亡者の氏名			
死亡年月日 令和 年 月 日			
世帯主の氏名		世帯主 との続柄	
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> その他		

受 領 方 法	振込先金融機関名		口座種別
	銀行	本店	普通・当座
	信用金庫		
	農協	支店	
	口座番号		フリガナ
		口座名義人	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は上記の「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。			

※高額療養費の支給が振込不能となった場合

（ 上記の口座に振込を希望します / 別の口座に振込を希望します ）

支給額				
				円