

決 裁	課 長	補 佐	係 長	係

処 理	支給決定年月日
	年 月 日

## 国民健康保険葬祭費支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	宮国	被保険者の氏名 (死亡者名)	
被保険者個人番号 (死亡者個人番号)			
死 亡 年 月 日	令和 年 月 日		
死 亡 原 因			
死亡に立ち会った 医師または助産師	住 所	戸籍または 住民票の確認	1. 交通事故 2. その他 ( )
	氏 名	確認印	
備 考			

上記により葬祭費 2 万円の支給を申請します。

宮古島市長 殿

令和 年 月 日

申 請 者 (喪主)	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	個人番号	
	連絡先電話番号	