

五島市国民健康保険 葬祭費執行者申立書

保険者番号	4 2 0 1 1 7	被保険者番号																		
被保険者氏名		生年月日		年	月	日	性別	男	・	女										

葬祭執行者						死亡した 被保険者 との続柄														
葬祭場の名称						葬 祭 日		年	月	日										
葬祭場の住所																				

上記のとおり葬祭を執行したことに相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

五島市長 様

申立者
(葬祭執行者)

住 所

氏 名

連絡先