

# 国民健康保険葬祭費支給申請書兼決定書

(宛先) 京都市長

No.

記入例

|                                                                     |          |    |
|---------------------------------------------------------------------|----------|----|
| 下記の申請について、 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 |          |    |
| 年 月 日 起案                                                            | 年 月 日 決定 |    |
| 課長                                                                  | 係長       | 係員 |

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 被保険者<br>記号・番号                                                                  | 京 1 2 3 4 5 6 - 7 8 9 0                                                                                                                                                                                                                                              | 申請年月日           | 令和 7 年 5 月 1 日          |
| 申請者<br>住所                                                                      | 京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町 5 0 0 - 1                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                         |
| 〔葬祭を行った人〕                                                                      | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                   | 京都 花子           | 電話 0 7 5 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇   |
|                                                                                | 死亡した人との関係・続柄 ( 妻 )                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                         |
| 下記のとおり葬祭費の支給について、別紙の書類を添えて申請します。<br><input type="checkbox"/> 領収書、会葬礼状等の返却を希望する |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                         |
| 死亡した被保険者の<br>氏名及び生年月日                                                          | 京都 太郎 昭・平・令 3 0 年 1 月 1 日                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                         |
| 死亡年月日                                                                          | 令和 7 年 4 月 1 日                                                                                                                                                                                                                                                       | 葬行              | 令和 7 年 4 月 3 日          |
| 申告<br>欄                                                                        | 葬祭費の支給について、次のとおり申告します (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。)                                                                                                                                                                                      |                 |                         |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> 死亡日前3か月以内に被用者保険の被保険者であったこと。領収書、会葬礼状等の返却を希望され資格があった。<br><input type="checkbox"/> 死亡日前3か月以内に傷病手当金の継続給付を受けていた。領収書、会葬礼状等の返却を希望され資格があった。<br><input type="checkbox"/> 死亡の原因が、第三者の行為 (交通事故等) によるものであった。<br><input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない。 |                 |                         |
| 希望<br>振込先                                                                      | 京都市 銀行 信用金庫 組合<br>(支店コード: )                                                                                                                                                                                                                                          | 本店 支店 出張所       | 口座種別                    |
| 口座番号                                                                           | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                                                                                                                                        | (フリガナ) キョウト ハナコ | 1. 普通<br>2. 当座<br>3. 貯蓄 |
| 口座名義                                                                           | 京都 花子                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                         |
| ※申請者以外の方の<br>口座への振込を希<br>望する場合                                                 | 本申請に基づく葬祭費の受領に関する権限を代理人に委任します。<br>年 月 日 申請者 氏名<br>代理人 住所<br>氏名                                                                                                                                                                                                       |                 |                         |

(注1) 太枠の中のみ記入してください。

(注2) 申請の際は、葬祭を行ったことが分かるものを同封 (持参) してください

(注3) 葬祭費は、費用負担のない葬祭を行った場合にも支給しますが、その場合、詳しい内容をお尋ねします。

(注4) 被用者保険の被保険者 (任意継続被保険者を含む) が、資格喪失後3か月以内に死亡したとき、傷病手当金の継続給付を受けている場合に死亡したとき、又は受けなくなってから3か月以内に死亡した場合は、健康保険法第105条の規定により、被用者保険から給付を受けられますので、国民健康保険からは給付を行いません。(京都市国民健康保険条例第8条第2項)

|         |                              |                                                              |
|---------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 審査<br>欄 | <input type="checkbox"/> 支給  | 1 葬儀店の領収書 2 会葬礼状 3 埋火葬許可証 4 死亡届 5 住基<br>6 外登 7 その他 ( ) により確認 |
|         | <input type="checkbox"/> 不支給 | 理 由                                                          |

|     |      |        |       |      |          |      |    |
|-----|------|--------|-------|------|----------|------|----|
| 受付簿 | 納付状況 | 経費支出決定 | 一時差止め | 支出命令 | 滞納保険料額控除 | 給付記録 | 備考 |
|-----|------|--------|-------|------|----------|------|----|