

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	2 1 —	申 請 金 額	5 0 , 0 0 0 円	
死亡被保険者の 氏 名 及 び 生 年 月 日	氏 名	申請人の 死亡者との 続 柄		
	個人番号			
	生年月日			昭・平・令 年 月 日
死 亡 の 年 月 日	令和 年 月 日	葬祭執行年月日	令和 年 月 日	
死 亡 の 原 因	1 病 死 ()			
	2 事故死 ()			
	3 その他 ()			
死亡が第三者の行為による ときは、その理由並びに 第三者の住所及び氏名				
八千代市国民健康保険規則第45条の規定により、上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 (葬祭を行う者) 個人番号 電 話 () (宛先) 八千代市長				
【口座振込依頼書】（以下の①又は②のいずれか希望する振込口座の□にチェックを入れてください。） ① ☐ 申請者※の公金受取口座を利用します。 ※市内に住民登録のある方で、マイナポータルでの登録を済まされた方 等 ② ☐ 以下の口座に振込を依頼します。				
振 込 先	(銀行コード) (支店コード) 		預金種目	口 座 番 号
	銀行・金庫 組合・農協 本店 支店		1 普通 2 当座	
口 座 名 義 人	フリガナ		(受領を委任する場合) 左記口座名義人に支給額の受領を委任します。 申請者氏名	

決 裁	課 長	補 佐	副 主 幹	主 査	担 当
	令和 年 月 日				

確 認 及 び 処 理 欄		
本人確認	支 給 年 月 日	そ の 他
	・ ・	