

葬 祭 執 行 者 申 立 書

令和 年 月 日

下呂市長 様

申立者 郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

死亡した被保険者との続柄 _____

私は、下記被保険者の葬祭執行者であり、下呂市国民健康保険葬祭費の申請、請求及び受領行うことを申し立てます。

なお、本件について万一、利害関係人から異議申し立てがあった場合には、私（申立者）が責任をもって解決し、下呂市国民健康保険に対して、一切迷惑をかけることを確約します。

(死亡した被保険者の住所)

(死亡した被保険者の氏名)

_____ (被保険者番号： _____ 令和 年 月 日死亡)

受付印

受付印