

長崎県国民健康保険 葬祭執行者申立書

証記号	東彼杵	証番号		性別	男・女
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日

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	令和 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

東彼杵町長 様

申立者  
(葬祭執行者)

住所

氏名

㊞

連絡先