

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 0 9 ○ ○ ○ ○

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

右詰で記入してください。

支給金額 50,000円

死亡者の氏名		後期 太郎
死亡者の生年月日		明・大・ <b>昭</b> ○○年 ○○月 ○○日
死亡年月日		○○年 ○○月 ○○日
葬祭を行った人	葬祭日	○○年 ○○月 ○○日
	(申請者と同じ場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	(申請者と違う場合) 住所	
	氏名	
	電話番号	

(その他の事項)

第三者行為(交通事故等)のけがや病気による死亡

※ 上記の理由により後期高齢者医療制度の保険診療を受けた場合、広域連合が加害者にその治療費を請求する必要があるため、該当する場合はチェックをお願いします。

振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 <b>支店</b> 出張所 支所	金融機関コード	○ ○ ○ ○	△ △ △
			種別	<b>普通</b>	当座 貯蓄
			口座番号	0 1 2 3 4 5 6	左詰で記入してください。
			口座名義人(カタカナ)	コウキ	ハナコ

上記のとおり申請します。

なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者が責任を持って異議の生じないよう誓約いたします。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 〒 320 - 0032

住所 宇都宮市本町3-9

氏名 **後期** **花子**

死亡者との続柄 **妻** 電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○

確認書類	死亡 葬祭者	死亡届・戸籍・住基 会葬礼状・領収書・埋火葬許可証・その他( )	確認者	死亡	葬祭者
------	-----------	-------------------------------------	-----	----	-----