

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日
 決定日 平成 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 昭 ○○年 ○○月 ○○日	
死亡年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日	
葬祭を行った人	葬 祭 日	平成 ○○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	

振込先	銀行	本店	金融機関コード	○ ○ ○ ○ △ △ △
	信金	支店	種 別	普通 当座 貯蓄
	信組	出張所	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	農協	支所	口座名義人 (カタカナ)	コウキ ハナコ

左詰で記入してください。

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。

平成 ○○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 ○○○ - ○○○ - ○○○○

後期

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