

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 昭 ○○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		

振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	金融機関コード	○ ○ ○ ○ △ △ △
			種別	普通 当座 貯蓄
			口座番号	0 1 2 3 4 5 6
			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。
 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	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 ()			