

## 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								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--

右詰で記入してください。

支給金額	50,000円
------	---------

死亡者の氏名		
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 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						
			口座名義人 (カタカナ)						

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。

年      月      日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者   〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

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 (                    ) )			