

## 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 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	2	3	4	5	6	7	8	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。

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 - 0033

住 所 宇都宮市本町3-9

氏 名 後 期 花 子 後期

死亡者との続柄 妻

電話番号 028 - 627 - 6805

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 ( )			