様式３－１

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）	☑　申請者に同じ
	（申請者と違う場合） 住所	
	氏名	
	電話番号	

振込先	広域	[✓ 銀行] 信金 信組 農協	本町	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　印　後期

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（　　　　）			