

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

Table with columns for deceased name, birth date, death date, funeral date, and funeral executor details.

Table for bank information including branch type, account type, and account number.

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
氏名 印
死亡者との続柄
電話番号 -

Summary table with columns for confirmation type (death, funeral), confirmation items, confirmation status, and confirmation date.