

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								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--

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		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 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						左詰で記入してください。
			口座名義人 (カタカナ)						

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 下 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

確認書類	死亡	死亡届・戸籍・住基 会葬礼状・領収書・埋火葬許可証・その他 ( )	確認者	死亡	葬祭者
	葬祭者				