

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

被保険者番号

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0 0

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	
死亡年月日	
死亡の場所	
死亡の原因	第三者行為 第三者行為外の一般疾病
その他	
葬祭執行者	葬 祭 日 年 月 日
	住 所
	氏 名
	連 絡 先

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別 普通 当座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)			

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒

申請者

住所

氏名

印

死亡者との続柄

連絡先