

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

死亡者の氏名	広城 太郎
死亡者の生年月日	昭和○○年○月○日
死亡年月日	平成○○年○月○日
死亡の場所	(記入しなくて可)
死亡の原因	第三者行為 第三者行為外の一般疾病
その他	告別式の日付を記入してください。
葬祭日	平成○○年○月○日
葬祭住所	○○市○○町○○番地
葬祭執行者(喪主)の名前を記入してください。	広城 一郎
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 ○ ○ 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	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	葬祭執行者(喪主)名義の口座	
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ イ チ ロ ウ		

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。

平成○○年 ○ 月 ○ 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

郵便番号は、必ず記入してください。

〒○○○-○○○○

申請者

住 所 ○○市○○町○○番地

葬祭執行者(喪主)が申請者

氏 名 広城 一郎

印

送付先設定に関わらず、支給決定通知書は申請者宛てとなります。

死亡者との続柄 子

連絡先 ○○○-○○○-○○○○