

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日 【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。
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	広域 太郎
死亡者の生年月日	昭和○○年○月○日
死亡年月日	令和○○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	告別式の日付を記入してください
葬祭日	令和○○年○月○日
住 所	○○市○○町○○番地
氏 名	広域 一郎
葬祭執行者(喪主)の名前を記入してください	○○○-○○○-○○○○

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	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	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。
令和○○年 ○ 月 ○ 日
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛
〒○○○-○○○○
申請者 住 所 ○○市○○町○○番地 **葬祭執行者(喪主)が申請**
氏 名 広域 一郎
死亡者との続柄 子
連絡先 ○○○-○○○-○○○○
送付先設定に関わらず、支給決定通知書は申請者宛

※注意事項

- ①必要事項に記入漏れがある場合は返戻の対象となりますので注意してください。
- ②葬祭執行者と口座名義人や申請者が異なる場合には委任状の添付が必要となります。