

## 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	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

---

死亡者との続柄

---

連絡先

---