

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 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		年 月 日
葬祭を行った人	葬祭日	年 月 日
	(申請者と同じ場合)	☐ 申請者と同じ
	(申請者と違う場合) 住所	
	氏名	
	電話番号	
(その他の事項)		
☐ 第三者行為(交通事故等)のけがや病気による死亡		
※ 上記の理由により後期高齢者医療制度の保険診療を受けた場合、広域連合が加害者にその治療費を請求する必要があるしますので、該当する場合はチェックをお願いします。		

振込先	銀行	本店	金融機関コード				
	信金	支店	種別	普通	当座	貯蓄	
	信組	出張所	口座番号				
	農協	支所	口座名義人 (カタカナ)				

左詰で記入してください。

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。

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 〒

住所

フリガナ
氏名

死亡者との続柄

電話番号

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