

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 2 1 6 8

被保険者番号

1 2 3 4 5 6 7 8

右詰で記入してください。

支給金額

50,000円

死亡者の氏名		後期 太郎
死亡者の生年月日		明・大・ <u>昭</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日
死亡年月日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
葬祭を行った人	葬祭日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	(申請者と同じ場合)	☐ 申請者と同じ
	(申請者と違う場合) 住所	●申請者と葬祭を行った人(葬祭者)が同じ場合は、 チェック☑を付けてください。 ●申請者と葬祭を行った人(葬祭者)が違う場合は、 記入してください。
	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ため、**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	
	下野 信金	支店	種別	普通 当座 貯蓄
	信組	出張所	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	農協	支所	口座名義人(カタカナ)	コウキ ハナコ

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を申し立てないことを確認してください。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 〒 3 2 9 - 0 4 9 2

住所 下野市笹原 2 6

フリガナ氏名 後期 花子

死亡者との続柄 妻 電話番号 0 2 8 5 - 3 2 - 8 8 9 5

葬祭を行った人の名義の口座番号を、記入してください
葬祭を行った人以外の口座名義の時は必ず委任状をつけてください

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()			