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		広域　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		
葬祭者	葬祭日	平成○○年○月○日
	住所	○○市○○町○○番地
	氏名	広域　一郎
	連絡先	○○○－○○○－○○○○

告別式の日付を記入してください。

葬祭施行者（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）	○○○○○○○				
口座名義人（カタカナ）	コウイキ　イチロウ				

葬祭執行者（喪主）名義の口座

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。

上記のとおりに申請します。

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
氏名　広域　一郎
死亡者との続柄　子
連絡先　○○○－○○○－○○○○

葬祭執行者（喪主）が申請者

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。