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		
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。

上記のとおりに申請します。

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