

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 0 1 2 3 4 5 6 7

右詰で記入してください。

支給金額 50,000円

死亡者の氏名	宇都宮 太郎	
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ
	(申請者と違う場合) 住所	
	氏名	
	電話番号	

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	1	2	3	4	5
		農協	支所	口座名義人 (カタカナ)	ウ	ツ	ノ	ミ	ヤ

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、  
 ○○年 ○○月 ○○日  
 栃木県後期高齢者医療広域連合

- ・ 申請者＝施主となります。
- ・ 申請者及び振込先口座名義人が施主でない場合、委任状を添付して下さい。
- ・ 施主が確認できる資料（会葬礼状など）を添付して下さい。

申請者 〒 ○○○ - ○○○○  
 住所 宇都宮市旭○丁目○番○号  
 氏名 宇都宮 花子  
 死亡者との続柄 妻  
 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 ( )			