

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)	☐ 申請者に同じ
	(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 信金 信組 農協	本 店 支 店 出張所 支 所	金融機関コード								
			種 別	普通	当座	貯蓄					
			口座番号								
			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 千 一

住 所

フリガナ
氏 名

死亡者との続柄 電話番号 一 一

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 ()