

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	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 _____

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	昭和〇〇年〇月〇日
死亡年月日	令和〇〇年〇月〇日
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	告別式の日付を記入してください。
葬祭日	令和〇〇年〇月〇日
葬祭住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
葬祭執行者(喪主)の名前を記入してください。	広域 一郎
連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	葬祭執行者(喪主)名義の口座
口座名義人 (カタカナ)	コウ イ キ イ チ ロウ	

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。

上記のとおり申請します。
令和〇〇年 〇月 〇日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 広域 一郎

死亡者との続柄 子

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

申請者

郵便番号は、必ず記入してください。

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。