

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 1 2 2 2 2 1

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	年 月 日
死 亡 年 月 日	年 月 日
死 亡 の 場 所	
死 亡 の 原 因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
そ の 他	
葬 祭 執 行 者 (喪 主)	葬 祭 日 年 月 日 ※告別式の日
	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	本店・支店 ( )	預 金 種 別	普 通 座 ( )
	信 用 金 庫			
	信 用 組 合			
	協 同 組 合			
	( )			
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

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

郵便番号 \_\_\_\_\_

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

( 喪 主 ) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

添付書類は、下記の中から1点□にチェックしてください。

□葬儀の領収書（コピー：フルネーム記載のもの）

□会葬礼状（コピー）

□斎場の使用許可証（コピー：フルネーム記載のもの）

担当	テンプ	SC担当