

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	0	6	4
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

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	明治
死 亡 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	葬 祭 日
	住 所
	氏 名
	連 絡 先

亡くなられた人の情報

葬儀を行った日および喪主の情報

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		本店・支店 ()		預金種別	普通座 ()
	喪主の口座情報					
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

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者

住 所

氏 名

死亡者と

連絡先

喪主の情報