

## 後期高齢者医療葬祭費申立書

年 月 日に死亡した被保険者（被保険者番号 \_\_\_\_\_）  
（氏名） \_\_\_\_\_ にかかる葬祭費については、申請者（氏名）  
が葬祭を行なったものであることを申立します。

なお、葬祭費の支給に関して争いが生じた場合は、申請者（氏名） \_\_\_\_\_ が  
責任を持って異議のないよう処置いたします。

（申請・申立者）

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

死亡者との関係 \_\_\_\_\_

（その他）

※ 必要に応じて、上記申立以外に記載した方が良いと考えられる事項があれば  
記載してください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_