

# 後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 令和元年7月1日  
 決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 1 2 2 3 4 6

被保険者番号 1 01234567

支払金額 ¥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> 千葉県 太郎
死亡者の生年月日	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">3</span> 大正 13 年 1 月 1 日
死亡年月日	令和元年6月20日
死亡の場所	
死亡の原因	1: 第三者行為(交通事故等) (2) <u>その他(自損事故・疾病等)</u>
その他	
葬祭日	令和元年6月21日
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町××番地
氏 名	千葉県 一郎
連絡先	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	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	〇〇 (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	1 1 1 1 1 1 1	/ / / / / / / /	
口座名義人 (カタカナ)	チ ハ ケ ン イ チ ロ ウ			

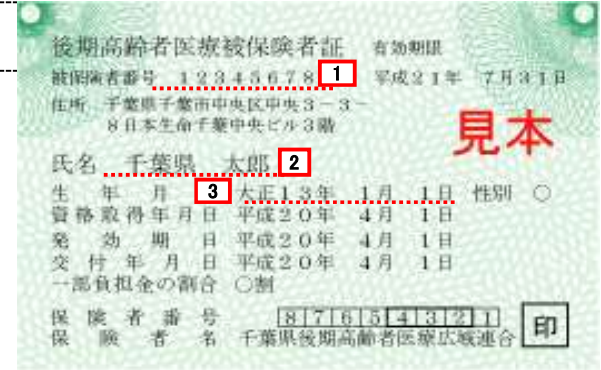
口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。  
 令和元年7月1日  
 千葉県後期高齢者医療広域連合長  
 申請者 千 299-2492  
 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町××番地  
 氏 名 千葉県 一郎  
 死亡者との続柄 長男  
 連絡先 〇〇〇-△△△-××××

## 《記入時の注意事項》

受付日を記載してください。

※葬祭を行った方(喪主)を確認できる書類(コピー)を添付してください。  
 (会葬礼状または領収書など)



空欄でかまいません。

申請者(喪主)の口座を記入してください。

申請者(喪主)と異なる名義の口座に振り込むときは委任状が必要となります。

広域連合から葬祭費が振り込まれる際、通帳には、「チバコウエイキソウサイヒ」と印字されます。