

後 期 高 齢 者 医 療  
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 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

支払金額 ¥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 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	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。

令和 年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者

〒

住 所

氏 名

死亡者との続柄

連絡先