

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

被保険者(死亡)	保険者番号	39104492		被保険者番号				
	住所							
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	3割・2割・1割(一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ)		
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)	
葬祭執行者	葬祭日	年		月	日			
	住所	下記申請者に同じ						
	氏名	下記申請者に同じ						
	連絡先	下記申請者に同じ						

葬祭費申請額	¥ 50,000 -
--------	------------

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()		本店 支店 ()		種別	口座番号				
	金融機関コード		支店コード		普通 ()					
	口座名義人		フリガナ							
			氏名							

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
上記のとおり申請します。

年 月 日
(〒 -)
住所

申請者 被保険者との続柄 ()
(葬祭執行者) 氏名 電話番号 ()

☐ 私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。
委任する理由 ()
住所

受領者 申請者との続柄 ()
(上記口座名義人) 氏名 電話番号 ()

(〒 -) 住所		申請者との続柄 ()	
来庁者 (申請書の提出者) 氏名		電話番号 ()	

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付者印	市町村担当者印	広域記入欄	支給決定日		年 月 日	広域担当
			不備	入力		

記載例

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

号	39104492	被保険者番号	12345678
被保険者(死亡)	住 所	群馬県利根郡みなかみ町後閑 318 番地	
	氏 名	みなかみ 一郎	
	生年月日	明・大・昭 ○○年○○月○○日	3 割・2 割・1 割 (一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ)
死亡年月日	○○年○○月○○日	死亡の場所	病院
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)		
葬祭執行者	葬 祭 日	○○年○○月○○日	
	住 所	下記申請者に同じ	
	氏 名	下記申請者に同じ	
	連 絡 先	下記申請者に同じ	

葬祭費申請額	¥ 50,000 -
--------	------------

口座振込依頼欄	○○	銀行・農協 信金・信組	○○	本店 支店	種別	口座番号							
	金融機関コード			支店コード		普通	0	1	2	3	4	5	6
	口座名義人	フリガナ		ミナカミ タロウ									
		氏名		みなかみ 太郎									

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
上記のとおり申請します。

○○年○○月○○日

(〒379-1305)

住 所 群馬県利根郡みなかみ町後閑 318 番地

申請者 被保険者との続柄 (長男)
(葬祭執行者) 氏 名 みなかみ 太郎 電話番号 0123 (45) 6789

☐ 私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

委任する理由
住 受領者
(上記口座名義人)

・ 葬祭執行者以外の口座に振り込む場合は口に✓をし、
「受領者」欄に口座名義人を記入してください。
・ 委任するやむを得ない理由を記入してください。

(〒 -)

来庁者
(申請書の提出者) 氏

・ 申請者以外が申請書を窓口を持参する場合のみ、
「来庁者」欄に提出者を記入してください。

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付者印	市町村担当者印	広域記入欄	支給決定日		年 月 日	広域担当
			不備	入力		