

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			被保険者番号		
	住所					
	氏名					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	3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					
	氏名					
	連絡先					

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 普通 ( )	口座番号		
	金融機関コード	支店コード				
	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 (葬祭執行者) 氏名 被保険者との続柄 ( )  
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 (上記口座名義人) 氏名 申請者との続柄 ( )  
電話番号 ( )

(〒 - )  
住所

来庁者 (申請書の提出者) 氏名 申請者との続柄 ( )  
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 ※グレーは市町村が記入

## 後期高齢者医療

●ブランクの申請書を使用する場合は、市町村で被保険者情報を記入し、記入漏れのないようにしてください。

被保険者(死亡)	保険者番号	39100000	被保険者番号	07654321
	住所	群馬県前橋市大渡町11-1		
	氏名	広城 太郎		
	生年月日	明・大・昭 17年 4月 1日	●負傷理由が第三者行為である場合は、届出の有無を確認してください。	
死亡年月日	令和 元年 5月 15日	死亡の場所	自宅	
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	令和 元年 5月 16日		
	住所	群馬県前橋市大渡町11-1		
	氏名	広城 花子		
	連絡先	012(234)4567		

●葬祭執行者は、葬祭執行者が死亡した場合を除き、「申請者に同じ」でもかまいません。

葬祭費申請額 ￥ 50,000 -

●当座、貯蓄預金は種別の( )内に記入してください。  
●「金融機関コード」、「支店コード」は空欄でもかまいません。

口座振込依頼欄	群馬	銀行・農協 信金・信組	( )	普通 (貯蓄)	1	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード	( )	支店コード	( )							
	口座名義人	フリガナ	コウイキ イチロウ								
		氏名	広城 一郎								

群馬県後期高齢者医療広域連合の上記のとおり申請します。  
令和 元年 5月 16日

●書類の不備等で申請書を再提出する場合、申請日には再提出日(市町村が受理した日)を記入してください。

●葬祭執行者以外の口座に振り込む場合は□に✓をし、「受領者」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。

大渡町11-1  
被保険者との続柄 (妻)  
電話番号 012(234)4567

私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に同意します。

委任する理由 ( )

住所 群馬県前橋市大渡町11-1

受領者 (上記口座名義人) 氏名 広城 一郎 電話番号 012(234)4567

●「申請者」に葬祭執行者を記入してください。  
●葬祭執行者が死亡し申立人が申請する場合は、「(葬祭執行者)」を二重線で削除し「申立人」と記入してください。

●申請者以外が申請書を持参する場合は、「来庁者」に申請書の提出者を記入してください。申請者が持参する場合及び郵送受付の場合は記入不要です。

来庁者 (申請書の提出者) 氏名 広城 一郎 申請者との続柄 (子) 電話番号 012(234)4567

●書類を受け付けた職員は「市町村受付者印」欄(郵送の場合は不要)に、書類内容不備を確認した職員は「市町村担当者印」欄に、(同じ職員の場合は両方に)記名もしくは職員の印を押印してください。

市町村受付者印	後期	高齢	域記入欄	不備	入力		
---------	----	----	------	----	----	--	--