

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 1 2 2 3 1 2

被 保 険 者 番 号

支 給 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。

年 月 日

(宛先)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 _____