

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

被保険者の氏名、生年月日、
死亡年月日を記入

番 号

病院名、施設名、自宅など
死亡した場所の名称を記入

支 金 額

死 亡 者 の 氏 名		
死 亡 者 の 生 年 月 日		年
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
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

該当する番号に○

告別式の日付を記入

死亡診断書の直接原因を記入

該当するものは記載不要です。葬祭執行者欄は喪主の方のものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中

葬祭執行者欄は喪主の方の
住所、氏名、連絡先を記入

振 込 先	行	本店・支店	預 金 種 別	普 通
	信用金庫 信用組合 協同組合	()		当 座
口座番号等 左詰記載し て下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

喪主の方名義の口座情報を記入
喪主以外の方に振込したい場合は、喪主の方
からの委任状が必要となります（任意様式）

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

喪主の方の住所、氏名等を記入
※必ずご捺印ください

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
死亡者との続柄 _____
連絡先 _____