

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

記載例（葬祭費）

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 1 8 2 0 1 9

①被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

被保険者番号 0 0 1 2 3 4 5 6

②亡くなられた被保険者様の氏名、生年月日、死亡年月日を記入してください。

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	広域 太郎	
死亡者の生年月日	昭和 2年 4 月 20日	
死亡年月日	平成20年 7 月 14日	
葬祭執行者	葬祭日	平成20年 7 月 15日
	住所	〇〇市〇〇町12-3
	氏名	広域 次郎
	電話	xxx-xxx-xxx

③葬祭を行った年月日を記入してください。

④葬儀執行者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

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	〇 〇	銀行 信用金庫 協同組合 信用組合	本店 ()	支店 ()	預金種別	普通 当座
-----	-----	----------------------------	--------	--------	------	----------

捨印
印

口座番号等
左詰め記載して下さい
4 5 6 7 8 9 0

⑤通帳等をご確認の上、書き間違いのないようご注意ください。

口座名義人
(カタカナ)
コ ウ イ キ シ ・ ロ ウ

⑥口座名義人は必ずカタカナで記入してください。
濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

口座名義人はカタカナで上段より左詰めにて記入してください。濁点・半濁

上記のとおり申請します。

なお、本申請書に基づく葬祭費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
(※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、 にレ点をつけて下さい。)

平成20年 7 月 15日

⑦申請日を記入してください。

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

⑧受取口座を他の方の口座とする場合、この口にレ点を付けてください。

申請者

〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 〇〇市〇〇町12-3

氏名 広域 次郎

印

広域連合受付印 市町受付印

死亡者の続柄 子

⑨
④と同じ葬儀執行者の住所、氏名等を記入してください。
印鑑を忘れずに押してください。

電話 xxx - xxx - xxx

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

※同じ印鑑を押してください。