

# 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 1 2 3 4

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。

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。

被保険者番号 0 0 1 2 3 4 5 6

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	広域 太郎	
死亡者の生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日	
死亡年月日	平成 ○年 ○月 ○日	
葬祭執行者 (喪主)	葬祭日	平成 ○年 ○月 ○日
	住所	〇〇市〇〇町12-3
	氏名	広域 次郎
	連絡先	×××-×××-×××

③葬祭を行った年月日を記入してください。

④葬祭執行者(喪主)の住所、氏名、連絡先を記入してください。

⑤金融機関を記入してください。

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。

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
----	-----	-----------------------------------	--------	--------	------	----------

⑥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。

口座番号等 左づめ記載して下さい	4 5 6 7 8 9 0
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ シ ・ ロ ウ

⑦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づめで記入してください。濁点

上記のとおりに申請します。

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、にレ点を付けて下さい。)

平成28年 ○月 ○日

⑧申請日を記入してください。

※同じ印鑑を押印ください

⑨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。

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇市〇〇町12-3

氏名 広域 次郎

死亡者との続柄 子

連絡先 ×××-×××-×××

⑩  
④と同じ葬祭執行者(喪主)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。

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。