

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 0 8 2 2 5 0

被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	大宮 太郎		
死亡者の生年月日	昭和〇〇年〇月〇日		
死亡年月日	令和〇〇年〇月〇日		
死亡の場所			
死亡の原因	第三者行為	第三者行為以外の一般疾病	
その他			
葬祭執行者	葬 祭 日	令和〇〇年〇月〇日	
	住 所	〇〇市〇〇町〇〇番地	
	氏 名	大宮 一郎	
	連 絡 先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

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	〇〇	本店	支店	預金種別	普通	
		信用金庫	()	()	()		当座	
口座番号等 左詰記載して下さい	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
口座名義人 (カタカナ)	オ	オ	ミ	ヤ	イ	チ	ロ	ウ

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。

令和 年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

喪主の方の住所・氏名・続柄
(長男・長女等)・連絡先を
記入してください。

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 大宮 一郎 印

死亡者との続柄 長男

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

会葬礼状等の写しを
必ず添付してください。