

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	9				
-------	---	---	---	---	--	--	--	--

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

右詰で記入してください。

支給金額	50,000円
------	---------

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明・大・昭 年 月 日
死亡年月日		年 月 日
葬祭を行った人	葬祭日	年 月 日
	(申請者と同じ場合)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	(申請者と違う場合) 住所	
	氏名	
	電話番号	

振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	金融機関コード						
			種別	普通 当座 貯蓄					
			口座番号						
			口座名義人 (カタカナ)						

左詰で記入してください。

上記のとおり申請します。
 なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者が責任を持って異議の生じないよう誓約いたします。

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 〒 _____

住所 _____

氏名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____

確認書類	死亡	死亡届 ・ 戸籍 ・ 住基	確認者	死亡	葬祭者
	葬祭者	会葬礼状 ・ 領収書 ・ 埋火葬許可証 ・ その他 ()			