

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

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

被保険者番号

--	--

支給金額 ¥

5	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		
死亡年月日		
死亡の場所		
死亡の原因	第三者行為 第三者行為外の一般疾病	
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒 —

申請者 住 所

氏 名 印

死亡者との続柄

連絡先