

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

| | | |
|------------------------|--------------|---|
| 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 |
| 死亡の場所 | | (記入しなくて可) |
| 死亡の原因 | | 第三者行為 第三者行為外の一般疾病 |
| その他 | | 告別式の日付を記入してください。 |
| 葬 祭 | 葬 祭 日 | 平成○○年○月○日 |
| | 住 所 | ○○市○○町○○番地 |
| 葬祭施行者(喪主)の名前を記入してください。 | | 広 域 一 郎 |
| 日 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 左詰記載して下さい | 葬祭執行者(喪主)名義の口座 | | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) | コ ウ イ キ 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。

平成○○年 ○ 月 ○ 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

郵便番号は、必ず記入してください。

申請者

〒○○○-○○○○

住 所 ○○市○○町○○番地

葬祭執行者(喪主)が申請者

氏 名 広 域 一 郎

印

死亡者との続柄 子

連絡先 ○○○-○○○-○○○○

送付先設定に関わらず、支給決定通知書は申請者宛てとなります。