

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	
(その他の事項)		
<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)のけがや病気による死亡		
※ 上記の理由により後期高齢者医療制度の保険診療を受けた場合、広域連合が加害者にその治療費を請求する必要があるしますので、該当する場合はチェックをお願いします。		

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 〱 _____

住所 _____

フリガナ氏名 _____

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()	