

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 39232020

被保険者番号

支給金額 50,000

死亡者の氏名 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

死亡年月日 平成・令和 年 月 日 葬祭日 平成・令和 年 月 日

葬祭執行者(喪主) 住所 氏名 電話 () -

該当するものに をつけて下さい。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 本店・支店 預金種別 普通座
信用金庫 () 別 ()
農業協同組合 ()

口座番号 口座名義人 (カタカナ)
左記記載して下さい

・喪主名義の口座をお願いします
・喪主名義の口座でない場合は、委任欄を記入してください。

口座名義人はカタカナで左詰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。 私が喪主を務めました。
令和 年 月 日 (喪主氏名) (1)
愛知県後期高齢者医療広域連合長 様 (1)喪主本人の署名
(〒 -)
申請者 住所
氏名 (2) (2)法人は押印必須
連絡先 () - 死亡者との続柄

葬祭執行者以外が申請する場合及び葬祭執行者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印して下さい。

代理人(住所) (連絡先)()
(氏名) (葬祭執行者との関係)
私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)
この申請書における葬祭費の申請に関する事。 この申請に基づく葬祭費の受領に関する事。
葬祭執行者(住所) (連絡先)()
(喪主) (氏名) (3) (死亡者との関係)
(3)葬祭執行者の署名又は記名・押印が必要です。

市区町村確認欄
受付 入力 確認

広域連合確認欄
確認 訂正

確認書類
会葬礼状 領収書