

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

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

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		
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 左詰記載して下さい				
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

死亡者との続柄

連絡先