

後期高齢者医療葬祭費申立書

年 月 日に死亡した被保険者（被保険者番号：_____）
氏名：_____）にかかる葬祭費については、下記申請・申立者が
年 月 日に葬祭を行ったものであることを申立します。

なお、葬祭費の支給に関して争いが生じた場合は、下記申請・申立者が責任を持って異議のないように処置いたします。

（申請・申立者）

年 月 日

住所

氏名

㊞

死亡者との関係

（その他）