

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	1	2	2	1	2	2
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

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	明治・大正・昭和 年 月 日
死 亡 年 月 日	年 月 日
死 亡 の 場 所	
死 亡 の 原 因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
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 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

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____