

記入方法

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 1 2 2 0 7 2

被保険者番号

12345678

支払金額

¥ 5 0 0 0 0 0 -

不明の場合、記入の必要がありません。

交通事故等による第三者行為以外の死亡原因の場合、「2」に○をしてください。

死亡者の氏名	松戸 太郎
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 10 年 2 月 1 日
死亡年月日	令和 4 年 3 月 1 日
死亡の場所	〇〇病院
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	
葬祭日	令和 4 年 3 月 4 日
住 所	
氏 名	
連 絡 先	

告別式の年月日をご記入ください。
告別式から2年経過しますと、時効により申請できません。

喪主の方の住所・氏名・連絡先をご記入ください。
下記申請者と同じ場合、「申請者と同じ」と記入可能です。

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	
	〇〇	〇〇〇	()	()	()	()	()	()	()	()	
口座番号等 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7				
口座名義人 (カタカナ)	マ	ツ	ト	ハ	ナ	コ					

喪主の方の振込先をご記入ください。喪主の方以外の方の口座を指定する場合、委任状が必要となります。

ゆうちょ銀行を指定の場合、支店名は、数字3けたをご記入ください。
例: 058

カタカナでご記入ください。

口座名義人はカタカナで上段より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。

令和 4 年 3 月 7 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者

〒271-8588

住 所 松戸市根本387-5

氏 名 松戸 花子

死亡者との続柄 妻

連絡先 047-366-1111

申請日をご記入ください。

喪主の方の〒・住所・氏名・続柄・連絡先をご記入ください。

郵送申請の際に同封するもの

- ・申請書及び申立書
 - ・葬儀の領収書の写しまたは会葬礼状の写し。
- ※葬儀の領収書又は会葬礼状の原本は同封しないでください。