

記入例

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 3 年 5 月 15 日
 決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 1 2 2 0 7 2

告別式（葬儀）の日を記入してください。この日から2年を経過すると時効となります。

保 険 者 番 号 1 2 3 4 5 6 7 8

給 金 額 ¥ 0 0 0

死亡届に記載されている「死亡したところ」を記載してください。

交通事故による死亡でなければ、「2」、「疾病等」に○を付けてください。

死亡者	氏 名	松戸 太郎
死亡者の生	月 日	明治・大正・昭和 1 年 1 月 1 日
死亡年	月 日	令和 3 年 5 月 10 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	
葬祭執行者	葬 祭 日	令和 3 年 5 月 11 日
	住 所	松戸市根本387番地の5
	氏 名	松戸 花子
	連 絡 先	047-366-1111

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		本店・支店		預金	並通					
	信用金庫	信用組合	協同組合	()	()	()					
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				

ゆうちょ銀行をご利用の際は、支店名（三桁の数字）を記入してください。

葬祭執行者（喪主）名義の口座をご記入ください。葬祭執行者以外の口座に振り込むときには委任状が必要となります。

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。漢字・半角点・数字は1字あけてください。

郵便番号を記載してください。

上記のとおり申請します。
 令和 3 年 5 月 15 日
 (宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

〒 271-8588

葬祭執行者（喪主）の住所、氏名、続柄、連絡先をご記入ください。

申請者 住 所 松戸市根本387番地の5
 氏 名 松戸 花子
 死亡者との続柄 子
 連絡先 047-366-1111

※①「葬儀の領収書」か「会葬礼状」のコピー ②「申立書」を添付して申請してください。