

記入例

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

月 日
月 日
2 0 2 8

保険証の「被保険者番号」をご記入ください

被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5

右詰で記入してください。

支給金額 50,000円

死亡者の氏名	足利 太郎	
死亡者の生年月日	明・大・ 昭 9年 5月 8日	
死亡年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
葬祭を行った人	葬祭日	令和 〇年 〇月 〇日
	(申請者と同じ場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	(申請者と違う場合) 住所	} 葬祭を行った方と申請する方が違う場合は記入してください。
	氏名	
電話番号		

(その他の事項)

第三者行為(交通事故等)のけがや病気による死亡

交通事故等でお亡くなりになった場合
こちらにチェックをしてください。

※ 上記の理由により後期高齢者医療制度の保険診療を受けた場合、広域連合が加害者にその治療費を請求する必要がありますので、該当する場合はチェックをお願いします。

振込先	銀行 長寿 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	金融機関コード	7 6 5 4 3 2 1
			種別	普通 当座 貯蓄
			口座番号	0 1 2 3 4 5 6
			口座名義人 (カタカナ)	オリヒメ シロウ

左詰で記入してください。

上記のとおり申請します。

なお、葬祭費の受領につきましては、下記

この届出書を提出する日をご記入ください

令和 〇年 〇月 〇日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 〒 326 - 0808

住所 足利市本城3丁目2145番地

フリガナ 織姫 次郎
氏名 オリヒメ シロウ

押印は不要です

死亡者との続柄 長女の夫 電話番号 0284-20-2184

- 葬祭費は葬儀を行った代表者もしくは葬儀代を支払った方に支給されます。
そのため、振込先は葬儀を行った代表者もしくは葬儀代を支払った方の口座情報をご記入ください。
 - 申請者は葬儀を行った代表者もしくは葬儀代を支払った方になります。
※ 申請の際、葬儀を行ったと確認できるものを添えてください。
- 例) 会葬礼状、葬儀の日程表、斎場利用許可書など