

# 記入見本

## 後期高齢者医療費 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 2 8 2 1 9 9

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 -

死亡された方の被保険者証の  
番号をご記入ください。  
(8ケタ)

死亡者の氏名	〇〇田 ××江
死亡者の生年月日	昭和〇〇年××月□□日
死亡年月日	平成30年〇〇月△△日
死亡の場所	三田市〇〇町△△番地××
死亡の原因	① 病気 2. 交通事故(相手あり・相手なし) 3. その他( )
その他	
葬祭執行者	葬祭日 平成30年〇〇月××日
	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ
	氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ
	連絡先 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ

※葬祭執行者(喪主)は、確認書類(葬祭の領収書や会葬礼状)の葬祭執行者(喪主)となります。  
 下記の申請者と同じ場合は、 にチェックしてください。

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。

振込先	〇〇××	銀行 信用金庫・組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	口座番号等 右づめで記入してください	1 2 3 4 5 6 7			
口座名義人 (カタカナ)	〇〇タ ××オ				

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

後期高齢者医療広域連合長様 〒 669 - ××××

申請者

住所 三田市〇〇町△△番地××

(喪主又は代理人※)

氏名 〇〇田 ××男 印

死亡者との続柄 子

連絡先電話番号 ( 079 ) 〇〇〇 - □□□□

※代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

口座番号は右づめでご記入ください。ゆうちょ銀行もお取り扱いできます。  
 ※葬祭執行者(喪主)以外の口座をご指定いただく場合は委任状が別途必要になります。

喪主の方をご記入ください。