

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

被保険者(死亡者)	保険者番号	39102017		被保険者番号	
	住所	前橋市			
	氏名				
	生年月日	明・大・昭	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)		
葬祭執行者	葬祭日		年	月	日
	住所	下記申請者に同じ			
	氏名	下記申請者に同じ			
	連絡先	下記申請者に同じ			

葬祭費申請額	¥ 50,000 -
--------	------------

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()	本店 支店 ()	種別 普通 ()	口座番号
	金融機関コード	支店コード		
	口座名義人	フリガナ		
		氏名		

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
上記のとおり申請します。

年 月 日
(〒 -)
住所

申請者 被保険者との続柄 ()
(葬祭執行者) 氏名 ④ 電話番号 ()

私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。
委任する理由 ()

住所
受領者 申請者との続柄 ()
(上記口座名義人) 氏名 電話番号 ()

(〒 -)
住所

来庁者 申請者との続柄 ()
(申請書の提出者) 氏名 電話番号 ()

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

会葬御礼 埋火葬許可証 領収書 その他 ()

捨印	市町村受付	市町村担当	広域記入欄	支給決定日		年	月	日	広域担当
				不備	入力				