

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			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の場所	病院・自宅・施設・その他()	
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	令和 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	口座番号	
	金融機関コード	支店コード	普通 ()		
	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。

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

申請者 (葬祭執行者)	住所	〒	被保険者との続柄	
	氏名		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 ()

※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入

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

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入

来庁者	住所	〒	申請者との続柄	
	氏名		電話番号 ()	

受付印	受付日	令和 年 月 日
	市町村受付	市町村担当

- 会葬御礼 埋火葬許可証
領収書 その他()

広域記入欄	不備	入力	広域担当