

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

被保険者 (死亡)	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	3割・2割・1割 (一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ)	
死亡年月日	年 月 日	死亡の場所	病院・自宅・施設・()	
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 (葬祭執行者) 氏名 被保険者との続柄 ()
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 (上記口座名義人) 氏名 申請者との続柄 ()
電話番号 ()

(〒 -)
住所

来庁者 (申請書の提出者) 氏名 申請者との続柄 ()
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。

市町村受付者印	市町村担当者印

広域 記入 欄	支給決定日		年 月 日	広域担当
	不備	入力		