

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

被保険者 (死者)	保険者番号	39100000	被保険者番号	07654321	
	住所	群馬県前橋市大渡町11-1			
	氏名	広城 太郎			
	生年月日	明・大 昭 ○○年○○月○○日	3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		
死亡の原因	1: 第三者行為 (交通事故等) <b>2: その他 (自損事故・疾病等)</b>				
葬祭執行者	葬祭日	○○年○○月○○日	相手のいる交通事故等にあつて発病、負傷した場合は「1: 第三者行為 (交通事故等)」を丸で囲んでください。		
	住所	下記申請者と同じ			
	氏名	下記申請者と同じ			
	連絡先	下記申請者と同じ			

葬祭費申請額

- 当座、貯蓄預金は種別の ( ) 内に記入してください。
- 「金融機関コード」、「支店コード」は空欄でもかまいません。

口座振込依頼欄	ABC	銀行・農協 信金・信組	DEF	本店 支店	種別	口座番号						
	金融機関コード	( )	支店コード	( )	普通	1	1	2	3	4	5	6
	口座名義人	フリガナ	コウイキ イチロウ									
		氏名	広城 一郎									

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて

- 葬祭執行者以外の口座に振り込む場合は口にし、「受領者」に口座名義人を記入してください。
- 委任するやむを得ない理由を記入してください。

(〒371-0854)  
群馬県前橋市大渡町11-1

朱肉を使う印  
を押印してください。

葬祭執行者) 氏名 広城 花子 被保険者との続柄 ( 妻 )  
電話番号 012 (234) 4567

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 ( 葬祭執行者と費用負担者が異なるため )  
住所 群馬県前橋市大渡町11-1  
受領者 申請者との続柄 ( 子 )  
(上記口座名義人) 氏名 広城 一郎 電話番号 012 (234) 4567

(〒371-0854)  
住所 群馬県前橋市大渡町11-1  
来庁者 申請者との続柄 ( 子 )  
氏名 広城 一郎 電話番号 012 (234) 4567

朱肉を使う印  
を押印してください。

注：来庁者が上記申請者と同じ場合は記入不要です。

- 申請書を郵送する場合は記入しないでください。
- 被保険者本人が市町村へ申請書を持参する場合は記入しないでください。
- 被保険者本人以外が市町村へ申請書を持参する場合は持参する方を記入してください。
- 住所は郵便番号から記入してください。