

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

保険者番号	3	9	0	9	2	0	3	6
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者番号							
--------	--	--	--	--	--	--	--

右詰で記入してください。

支給金額	50,000円
------	---------

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明・大・昭 年 月 日
死亡年月日		令和 年 月 日
葬祭を行った人	葬祭日	令和 年 月 日
	(申請者と同じ場合)	☐ 申請者に同じ
	(申請者と違う場合)	
	住所	
	氏名	
	電話番号	

振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	金融機関コード							
			種別	普通	当座	貯蓄				
			口座番号							
			口座名義人 (カタカナ)							

左詰で記入してください。

上記のとおり申請します。
なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者が責任を持って異議の生じないよう誓約いたします。

令和 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者 〇

住所

氏名

死亡者との続柄

電話番号

確認書類	死亡	死亡届・戸籍・住基	確認者	死亡	葬祭者
	葬祭者	会葬礼状・領収書・埋火葬許可証・その他()			