

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 2 3 2 0 4 6
被保険者番号
支給金額	5 0 , 0 0 0 円

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和	年 月 日
死亡年月日		平成・令和	年 月 日
死亡の原因		第三者以外	
葬 祭 日		令和	年 月 日
(喪 主)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ () -

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。
 口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

振 込 先	銀行 信用金庫 協同組合 ()	本店・支店・出張所 ()	預 金 種 別	普 通 座 ()
	口座番号 <small>左詰めで記入してください</small>		●葬祭執行者名義の口座をご記入ください。 ●葬祭執行者名義の口座でない場合は、委任欄にご記入ください。	
口座名義人 (カタカナ)				

(あて先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり申請します。 年 月 日

【葬祭執行者(喪主)】
 〒 -
 住 所 _____ 氏 名 _____
 連絡先 () - _____ 死亡者との続柄 配偶者 子 その他 ()

葬祭執行者以外が申請する場合及び葬祭執行者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入をしてください。

※「支給決定通知」は、葬祭執行者(喪主)宛に送付します。

《委 任 欄》

【代 理 人】
 住 所 _____ 氏 名 _____
 連絡先 () - _____ 葬祭執行者との関係 配偶者 子 その他 ()

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください)
この申請書における葬祭費の申請に関すること。 この申請に基づく葬祭費の受領に関すること。

【葬祭執行者(喪主)】
 住 所 _____ 氏 名 _____
 連絡先 () - _____ 死亡者との続柄 配偶者 子 その他 ()

市区町村確認欄

受 付	入 力	確 認	
--------	--------	--------	--

広域連合確認欄

確 認		訂 正	
--------	--	--------	--

確認書類

(該当するものの□にレをつけてください)

- 会葬礼状 火葬許可書
- 領収書
- 葬祭執行場所に電話確認

確認日 月 日 担当者