

記入例

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日
決定日 平成 年 月 日

保険者番号 3 9 1 2 2 0 3 1

被保険者番号 12345678

支払金額 ￥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	長 寿 花	病院名・施設名、自宅で 亡くなった場合は「自宅」とご記入ください。	
死亡者の生年月日	昭和 2 年 1 月 1 日		
死亡年月日	平成 31 年 2 月 1 日	1か2に○をつけてください。	
死亡の場所	〇 〇 病 院		
死亡の原因	1:第三者行為 (交通事故) 2:その他 (自損事故・疾病等)		
その他			
葬祭執行者	葬 祭 日	平成 31 年 2 月 7 日	告別式の日をにご記入 ください。※お通夜ではありません。
	住 所	千葉県市川市八幡1丁目1番1号	
	氏 名	長 寿 太 郎	葬祭執行者(喪主)の住所、 氏名、電話番号をご記入 ください。
	連 絡 先	047-334-1111	

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()内に記載してください。

振込先	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店	預金種別	普通座
口座番号等 左詰記載して下さい	1 2 3 4 5 6 7				
口座名義人 (カタカナ)	チ ヨ ウ シ ャ ヲ タ ロ ウ				

葬祭執行者(喪主)名義の
口座をご記入ください。
葬祭執行者以外の口座へ
振り込む場合は、委任状が
必要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と

上記のとおり申請します。

申請日をご記入ください。

平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

〒 272-8501

申請者

住 所 千葉県市川市八幡1丁目1番1号

氏 名 長 寿 太 郎

印長
寿

死亡者との続柄 長 男

連絡先電話番号 047-334-1111

葬祭執行者(喪主)の住所、氏名、
続柄、日中連絡のとれる電話番号
をご記入のうえ、朱肉を使う印かん
でご捺印ください。

※会葬御礼状や葬儀に関する領収書のコピーを添えて、申請してください。
領収書などが手元にない場合は、お問い合わせください。