

# 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 **39122031**

被保険者番号

支給金額 **¥50000-**

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日	年 月 日	
死亡年月日	年 月 日	
死亡の場所		
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)	
その他		
葬 祭 執 行 者	葬 祭 日	年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

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。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本 店 ・ 支 店 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
口座番号等 <small>左請記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

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、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_