

記入例

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 | 1 | 2 | * | * | * | *

被保険者番号 12345678

支払金額 ¥ 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | -

死亡者の氏名	千葉県 太郎
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 15 年 1 月 1 日
死亡年月日	令和 4 年 4 月 3 日
死亡の場所	自宅
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 令和 4 年 4 月 7 日
	住所 ●●県●●市●●町●●番地
	氏名 千葉県 一郎
	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	●●●●	本店・支店	預金種別	普通													
		信用金庫	()			当座													
口座番号等	1	2	3	4	5	6	7												
口座名義	チ	ハ	ケ	ン	イ	チ	ロ	ウ											
(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。

令和 4 年 4 月 8 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者 千 ●●●●-●●●●●●
住所 ●●県●●市●●町●●番地
氏名 千葉県 一郎
死亡者との続柄 長男
連絡先 ●●●●-●●●●-●●●●●●