

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																				
被 保 険 者 番 号																				
支 給 金 額																				
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 座 （ ）		
口座番号等 左詰記載し て下さい																				
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。																				
上記のとおりに申請します。																				
年 月 日																				
(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長																				
申請者 住 所																				
氏 名																				
死亡者との続柄																				
連絡先																				