

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

保険者番号

被保険者の氏名、生年月日、
死亡年月日を記入

番号

病院名、施設名、自宅など
死亡した場所の名称を記入

支 金 額

死亡者の氏名

死亡者の生年月日

死亡年月日

死亡の場所

死亡の原因

その他

1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

葬祭執行者

葬祭日

住所

氏名

連絡先

年 月

該当する番号に○

告別式の日付を記入

死亡診断書の直接原因を記入

該当するものは記載不要です。

葬祭執行者欄は喪主の方のものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中

住所、氏名、連絡先を記入

振込先

信用金庫
信用組合
協同組合

本店・支店
（ ）

預金種別

普通
当座
（ ）

口座番号等
左詰記載し
て下さい

口座名義人
(カタカナ)

喪主の方名義の口座情報を記入
喪主以外の方に振込したい場合は、喪主の方
からの委任状が必要となります（任意様式）

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

(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

喪主の方の住所、氏名等を記入