

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 ¥

5	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

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		第三者行為 第三者行為外の一般疾病
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 ()	
	口座番号等 <small>左詰記載して下さい</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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者

〒

住所

氏名

印

死亡者との続柄

連絡先

会葬礼状、葬祭場の領収書等（葬祭執行者の氏名が記載されているもの） 1部添付

※ 会葬礼状等を作成していない、紛失した場合は、申立・誓約書の提出をお願いします

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	0	8	2	3	3	4
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7							
支給金額	¥	5	0	0	0	0		

死亡者の氏名	行 方 太 郎	
死亡者の生年月日	昭和 ◇ 年 ◇ 月 ◇ 日	
死亡年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
死亡の場所	(記入しなくて可)	
死亡の原因	第三者行為 第三者行為外の一般疾病	
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (告別式を執り行った日)
	住 所	〇〇市〇〇 △△番地 (葬祭執行者の方の住所)
	氏 名	行 方 一 郎 (葬祭執行者の方の氏名)
	連 絡 先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (葬祭執行者の方の電話番号)

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	〇 〇 (ゆうちょ銀行可)	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	△ △ 本店 (支店) ()	預金種目 普通 当座
	口座番号等 左詰記載して下さい	0 0 5 4 3 2 1	ゆうちょ銀行の場合は、通帳を1枚開いた下段「他金融機関からの振込の受取口座」の店名(3桁の数字)・預金種目・口座番号(7桁の数字)を記入してください。	
口座名義人 (カタカナ)	ナ メ カ タ (空) イ チ ロ ウ	葬祭執行者の方以外の口座に振込みする場合は、委任状が必要となります。		

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、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (記入した日)

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 〇〇市〇〇 △△番地

氏 名 行 方 一 郎 (印)

死亡者との続柄 子

連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

朱肉を使用する印鑑で、押印をお願いします。
(シヤチハタ等不可)

葬祭執行者の方以外が申請する場合は、委任状が必要となります。

* 誤字等の訂正は、二重線等で見え消しのうえ、訂正印をお願いします。
* 金融機関名、口座番号、名義人等は正しく記入し、再度確認をお願いします。

問合せ先：行方市役所（玉造庁舎）国保年金課 医療グループ TEL0299-55-0111