

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日 【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。
 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

支給金額 ¥ 5 | 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 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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

干

申請者 住 所

氏 名

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

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 保険証上部に記載されている8桁の番号 (わからない場合は未記入で可能)	
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	和◇年◇月◇日	
死亡年	和○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	令和○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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 〇 〇 (ゆうちょ銀行可) </div> <div style="text-align: center;"> 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 () </div> <div style="text-align: center;"> △ △ 本店 () 支店 預金 当座 </div> <div style="text-align: center;"> 普 通 </div> </div>	
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(半濁点)イチロウ	
葬祭執行者の方以外が受け取る場合は、委任状が必要		
上記のとおり申請します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (記入した日) 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 申請者 住所 〇〇市〇〇 △△番地 氏名 行方一郎 死亡者との続柄 子 連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
葬祭執行者の方以外が申請する場合は、委任状が必要		

* 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 国保年金課 医療グループ TEL0299-55-0111