

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

【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。

保険者番号 3 9 0 8 3 0 2 7

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 <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詰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 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____