

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 【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

01234567

支給金額

¥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	茨城 一郎
死亡者の生年月日	昭和 〇〇年 ××月 ××日
死亡年月日	令和 〇〇年 △△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	事件・事故等による場合 病気等による場合
葬祭日	令和 〇〇年 △△月 □□日 葬儀の日
住所	茨城町〇〇123-1
氏名	茨城 太郎
連絡先	012-345-6789
葬祭執行者	

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	広域	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	茨城 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	9 9 9 9 9 9 9				
口座名義人 (カタカナ)	イ ハ ラ キ タ ロ ウ				

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

上記のとおり申請します。

〇〇年 △△月 ××日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 茨城町〇〇123-1

氏名 茨城 太郎

死亡者との続柄 子

連絡先 012-345-6789

喪主の口座
※喪主以外の場合は
委任状が必要です。