

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 喪主の住所、氏名、電話番号
氏名	茨城 太郎
連絡先	012-345-6789

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。