後期高齢者医療　葬祭費支給申請書

受付日　　平成　　年　　月　　日

決定日　　平成　　年　　月　　日

保険者番号	3	9	0	9				

被保険者番号											右詰で記入してください。

支給金額	５０，０００円

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明・大・昭　　年　　月　　日
死亡年月日		平成　　年　　月　　日
葬祭を行った人	葬祭日	平成　　年　　月　　日
	（申請者と同じ場合）	□　申請者に同じ
	（申請者と違う場合） 住所	
	氏名	
	電話番号	

振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	金融機関コード		左詰で記入してください。
			種別	普通　当座　貯蓄	
			口座番号		
			口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおり申請します。

なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者が責任を持って異議の生じないよう誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住所　〒　　－

氏名　　印

死亡者との続柄

電話番号　　－　　－

確認欄	死亡届・戸籍・住基・埋火葬許可証 その他（　　）	平成　　年　　月　　日	照合印	