

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 平成 20年 10月 1日

決定日 平成 年 月 日

保険者番号 3 9 0 9

被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7

右詰で記入してください。

支給金額 50,000円

死亡者の氏名	宇都宮 太郎
死亡者の生年月日	明・大・昭 3年 4月 1日
死亡年月日	平成 20年 9月 26日
葬祭を行った人	葬祭日 平成 20年 9月 29日
	(申請者と同じ場合) <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	(申請者と違う場合) 住 所
	氏 名
連絡先	

振込先	銀行	本店	金融機関コード	
	信金	支店	種 別	1. 普通 2. 当座
	信組	出張所	口座番号	1 2 3 4 5
	宇都宮 農協	後期 支所	口座名義人 (カタカナ)	ウツノミヤ ハナコ

右詰で記入してください。

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

平成 20年 10月 1日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

・ 施主が被保険者（亡くなった方）と別世帯（住所が異なる）の場合、葬儀場などの領収書のコピーを添付して下さい。

申請者 住所 宇都宮市旭1丁目1番5号

氏名 宇都宮 花子

死亡者との続柄 妻

連絡先 028-632-2307

印 宇都宮

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
-----	-----------------------------	----------	-----