



# 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

記入例

福島県後期高齢者医療広域連合長

このことについて、下記のとおり申請いたします。

申請年月日	令和〇年〇月〇日		申請
保険者番号	3 9 0 7 5 4 7 8	被保険者番号	0
死亡した被保険者の氏名	浪江 太郎		
生年月日	昭和〇年〇月〇日	死亡年月日	令和〇年〇月〇日
葬祭年月日	令和〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）の該当	<input type="checkbox"/> 献体

死亡の原因が第三者行為（交通事故等）の該当があった場合、チェックを入れてください。

献体に出されている場合、チェックを入れてください。

申請者 (喪主)	住所	〒 9 6 0 - 8 0 4 3 福島市中町8番2号	
	氏名	浪江 花子 (自署の場合押印不要)	
	電話	090-1234-5678	死亡者との続柄 妻 (死亡者から見た続柄を記入ください。)

避難先の住所を記入してください。

振込先 口座	お振込先を記入ください。原則葬祭執行者(喪主)様の口座です。葬祭執行者(喪主)と異なる場合は「委任状」欄を記入ください。	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 協同組合 ( )	本店 浪江 支店
	預金種別 ( )	口座番号	右詰めにて記入ください。
	口座名義人(カナ)	ナミエ ハナコ	

委任状  ※振込先が申請者(喪主)と異なる場合	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。		
	委任者(申請者) (自署)	住所	
	受任者 (自署)	住所	
		氏名	

葬祭執行者(喪主)様以外の口座にお振込みしたい場合は、この欄をそれぞれ自署にて記入ください。

※市町村確認欄	申請者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	葬祭日確認	遺言確認	備考	広域入力
---------	---	-------	------	----	------

市町村にて使用いたしますので記載は不要です。