

## 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長様

このことについて、下記のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	申請金額	50,000円
保険者番号	3 9 0 7 5 4 7 8 被保険者番号		

死亡した  
被保険者の氏名

生年月日	大正・昭和 年 月 日	死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)の該当	<input type="checkbox"/> 献体

申請者 (喪主)	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>				
	氏名					
	電話	( <input type="text"/> ) - <input type="text"/>	死亡者との 続柄			

振込先 口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )				本店 支店 出張所				
	金融機関 コード				店舗 コード				
	預金 種別	普通 当座 ( )		口座 番号					
	(フリガナ)								
	口座名義人								

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					
	氏名						
	受任者 (自署)	住所					
	氏名					電話 番号	

※市町村 確認欄	申請者本人確認書類	葬祭日確認	喪主確認	備考	広域入力
	<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( )				

## 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長様

このことについて、下記のとおり申請します。

申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ※提出日を記載ください。		
保険者番号			被保険者番号
死亡した被保険者の氏名	死亡した被保険者の氏名		
生年月日	大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	死亡年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
葬祭年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）の該当	<input type="checkbox"/> 献体

申請者 (喪主)	住所	〒 9 6 0 - 8 0 4 3 福島市中町8-2 ..... 広域マンション202	※避難先の住所を記入してください。		
	氏名	広域 花子	原則、申請者は葬祭執行者（喪主）様です。 葬祭執行者（喪主）様の氏名を記入ください。		
	電話	日中連絡の取れる電話番号を記入ください。	死亡者との 続柄	死亡者から見た続柄を記入ください。 例：子の夫、子の子など	

振込先 口座	銀行		本店		
	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）様と異なる方へお振込みしたい場合は、 「委任状」欄を記入ください。		広域 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座 ( )	口座番号	1	2
	(フリガナ)		コウイキ ハナコ	3	4
口座名義人		広域 花子	5	6	

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				
	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。				
	受任者 (自署)	住所	氏名	電話番号		

※市町村 確認欄	申請者本人確認書類	葬祭日確認	喪主確認	備考	広域入力
	<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（ ）	市町村にて使用いたしますので、記載は不要です。			