

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

年 月 日

〒□□□□ - □□□□

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 _____

申請者 (喪主) 氏名 _____ (印)

※ 日中に連絡がとれる番号
電話 () _____

次のとおり葬祭費の支給を申請します。

保険者番号	3	9	1	4					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生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日			喪主との関係(続柄)					
死亡した日	年 月 日						葬祭日	年 月 日								
申請金額	¥50,000-															

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		支店 出張所 支所		種目	口座番号					
	金融機関コード		支店コード		1	フリガナ					
					口座名義人						

委任状	私は、次の者に葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(喪主)
	住所 氏名	住所 氏名

※ 処理欄	市区町村入力欄	事実確認 <input type="checkbox"/> 住基確認済 <input type="checkbox"/> 埋火葬許可 <input type="checkbox"/> 受理証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍課照会	葬祭日確認 喪主確認	窓口受付担当者	(備考)		
	広域連合入力欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先
		住所	葬祭日	金融機関	預金科目	口座番号	口座名義

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。

(広域連合保管用)