

葬祭費支給申請申立書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

申請者（喪主）

住所

氏名

印

（被保険者）

_____年____月____日 _____の死亡に
よる葬祭の一切を、私（喪主） _____ が _____年
____月____日に執り行いましたので、ここに申し立てをいたします。

なお、申請及び受領について異議が生じても、私が全責任を
持って解決し、神奈川県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑
はおかけいたしません。

受付印