

別記様式（第3条関係）

## 葬 祭 費 支 給 申 請 申 立 書

年 月 日

（宛先）神奈川県後期高齢者医療広域連合長

申請者  
（葬祭等を行った者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

（被保険者）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_\_の死亡による（葬祭・埋葬・火葬）  
を、私（葬祭等を行った者）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

受 付 印