

# 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					住所				
	氏名					氏名				

※ 処理 欄	市区町村 入力欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付 担当者	(備考)							
		<input type="checkbox"/> 住基確認済	喪主確認									
		<input type="checkbox"/> 埋火葬許可										
		<input type="checkbox"/> 受理証明書										
		<input type="checkbox"/> 戸籍課照会										
広域連合 入力欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先	受付 印					
	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)