

別記様式（第3条関係）

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 殿

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わたくし、（喪主）_____が_____年____月____日に葬祭を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 |
| |