

後 期 高 齢 者 医 療  
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日
死亡の場所	
死亡の原因	<input type="checkbox"/> ：第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> ：その他(自損事故・疾病等)
(喪主) 葬祭執行者	葬祭日 年 月 日
	住 所
	氏 名
	連 絡 先

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )						預金種別	普通座 ( )
口座番号									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所

氏 名

死亡者との続柄

連絡先

葬祭執行者以外が申請する場合及び葬祭執行者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入をしてください。

(委任欄)

代理人(住所) (氏名)

(連絡先) (葬祭執行者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)

この申請書における葬祭費の申請に関すること。 この申請に基づく葬祭費の受領に関すること。

葬祭執行者(住所) (氏名)

市区町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

広域連合確認欄

確認		訂正	
----	--	----	--

確認書類  
会葬礼状 火葬許可証  
死亡診断書 領収書