

# 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

令和 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 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ※ 日中に連絡がとれる番号 ( )

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	令和	年	月	日	葬祭日	令和	年	月	日							
申請金額	¥ 50,000-															

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	預金種目 1.普通	口座番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	フリガナ														
	金融機関コード	支店コード	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 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ (印)

※ 処理欄	市区町村入力欄	<input type="checkbox"/> 事実確認 <input type="checkbox"/> 住基確認済 <input type="checkbox"/> 戸籍課照会 <input type="checkbox"/> 受理証明書 <input type="checkbox"/> 埋火葬許可 <input type="checkbox"/> 第三者行為有	<input type="checkbox"/> 葬祭日確認 <input type="checkbox"/> 喪主確認	窓口受付担当者	(備考)
	広域連合入力欄	受付日 _____ 決定日 _____ 支給日 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____ 住所 _____ 葬祭日 _____ 金融機関 _____ 預金科目 _____ 口座番号 _____ 口座名義 _____	受付印		

(注意) ※処理欄は、記入しないでください。

(広域連合保管用)