

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（喪主）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

（被保険者）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_\_の死亡による（葬祭・埋葬・火葬）

を次のとおり私、（喪主）が執り行いましたのでここに申し立てをいたします。

葬祭を行った日	<input type="checkbox"/> 執行（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未執行
埋葬又は火葬を行った日	<input type="checkbox"/> 執行（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未執行
葬祭を行ったことを証する書類を提示できない理由（葬祭を行わなかった理由等）	

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