

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

続柄 (死亡した被保険者との続柄)

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								
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									
	金融機関コード				支店コード			口座 名義人 (カタカナ)											
								口座 名義人											

※口座番号は右詰で記載してください。

※口座名義人(カタカナ)は上段より左詰で記載してください(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。

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												

※ 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"/> 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															
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) ※処理欄は、記入しないでください。

(広域連合保管用)