

申立・誓約書（葬祭費支給申請用）

受付日 年 月 日

〇〇年〇〇月〇〇日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者

住所

〇〇市〇〇〇〇

氏名

〇〇 〇〇

死亡した被保険者との関係

子

・ 太枠内への記入をお願いします。

・ 訂正箇所には二重線を引き、訂正印を押してください。

※ 本表は、後期高齢者医療広域連合長に対して、一切返送を求めないことを前提とさせていただきます。

死亡した被保険者の住所・氏名

住所

〇〇市〇〇〇〇

氏名

〇〇 〇〇

(〇〇年〇〇月〇〇日死亡)

被保険者番号

1

2

3

4

5

6

7

8