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	3	9	0	8	2	2	0	1

被保険者番号	

支給金額	￥	5	0	0	0	0

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		
死亡年月日		
死亡の場所		
死亡の原因		第三者行為　　第三者行為外の一般疾病
その他		
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○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 当座 （　　）
口座番号等 左詰記載して下さい					
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づ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。

上記のとおりに申請します。

年　　月　　日

茨城県後期高齢者医療広域連合長　宛

〒

申請者

住　所

氏　名

死亡者との続柄

連絡先