

後期高齢者医療

葬祭費支給申請書

受付印

受付日 令和 年 月 日
 決定日 令和 年 月 日

保険者番号 39232111

被保険者番号

支給申請金額 50,000円

死亡者の氏名					
死亡日		令和	年	月	日
死亡の原因		<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他 ()			
葬祭執行者 (喪主)	葬祭日	令和	年	月	日
	郵便番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ () -

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	本店・支店	預金種別	普通座
	信用金庫	()		
()				
口座番号	<input type="checkbox"/> 喪主名義の口座をお願いします。 <input type="checkbox"/> 喪主名義の口座でない場合は、委任欄に記入してください。			
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左詰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。
 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様 喪主は _____ に相違ありません。

申請者 〒 _____

住所 _____

氏名 _____

死亡者との続柄 _____ 連絡先 () _____

葬祭執行者以外の口座に振込みを希望される場合及び葬祭執行者以外が申請する場合は以下の欄にも記入・押印してください。

【委任欄】

代理人 (口座受領に関すること) (住所) _____

(口座名義人) _____

(連絡先) _____ (葬祭執行者との関係) _____

上記口座名義人と同じ (住所) _____

上記口座名義人と同じ (氏名) _____

上記口座名義人と同じ (連絡先) _____ (葬祭執行者との関係) _____

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください)

この申請に基づく葬祭費の受領に関すること。 この申請における葬祭費の申請の権限に関すること。

葬祭執行者 (喪主) (住所) _____ (氏名) _____ (印)

※自署の場合は押印不要

市区町村確認欄			支給確定			広域連合確認欄			確認書類 (該当するもの□にレを付けてください。)		
受		入		確		確		訂		<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> 火葬許可証
付		力		認		認		正		<input type="checkbox"/> 葬儀・火葬に係る領収書	