

【記入例】

後期高齢者医療

葬祭費支給申請書

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 01234567 (8桁)

支給申請金額 50,000円

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 死亡者の氏名 | 豊田 太郎 | | |
| 死亡日 | 令和 | ●●年 | ●●月 ●●日 |
| 死亡の原因 | <input checked="" 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) | 葬祭日 | 令和 | ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日 |
| | 郵便番号 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - | |
| | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | 氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 連絡先 <input checked="" 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 信用金庫 農業協同組合 | ×× | 本店 (支店) | 預金種別 | 普通座 | | |
| 口座番号 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | <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) | ト | ヨ | タ | | ハ | ナ | コ | |

口座名義人はカタカナで左詰めにて記入してください。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。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

喪主は 豊田 一郎 に相違ありません。

申請者 〒471 - 8501

豊田 一郎

住所 豊田市西町3-60

氏名 豊田 一郎

死亡者との続柄 長男

連絡先 (0565) 34 - 6959

振込口座の名義人又は申請者が喪主以外の場合は必要に応じて委任欄に記入・押印をお願いします。

代理人 (口座受領に関すること) (住所) 豊田市西町3-60

(口座名義人) 豊田 花子

(連絡先) 0565 - 34 - 6959 (葬祭執行者との関係) 母

(申請に関すること)

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。(該当するものにシ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) 豊田市西町3-60

(氏名) 豊田 一郎



※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 (該当するものにシ点を付けてください。) |
| 受付 | 入力 | 確認 | 訂正 |
| | | | <input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 葬儀施行証明書 <input type="checkbox"/> 葬儀に係る領収書 <input type="checkbox"/> その他 () 【その他は以下も記入・確認】 葬儀会社名等 () 確認日 (/) |