

## 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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号	
--------	--

支給金額		¥	5	0	0	0	0	0	—
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名							
死亡者の生年月日			年	月	日		
死亡年月日			令和	年	月	日	
死亡の場所							
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等）			2：その他（自損事故・疾病等）			
その他							
葬祭執行者	葬祭日			令和	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( )内に記載して下さい。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

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者                      住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

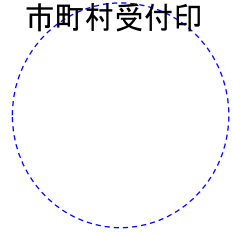
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

【記入例】

後期高齢者医療  
葬祭費支給申請書

市町村受付印



受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 0 2 ○ ○ ○ ○

被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 —

死亡者の氏名	青森 太郎
死亡者の生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
死亡年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
死亡の場所	(※ 任意記入)
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
その他	(※ 任意記入)
① 葬祭執行者	葬祭日 令和 ● 年 ● 月 ● 日
	住所 青森市新町二丁目○番○号
	氏名 青森 花子
	連絡先 017-123-4567

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( )内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

② 振込先	銀行 ○ ○ ○	新町 本店・支店	預金種別 普通
	※ゆうちょ銀行も取扱可能です。	信用金庫 ( )	当座
	信用組合	0 1 1 0 0 0 1	
	協同組合 ( )		

口座番号等 左詰記載して下さい	7 6 5 4 3 2 1
口座名義人 (カタカナ)	ア オ モ リ ハ ナ コ

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記載してください。濁点・半

・青森県内市町村後期高齢者医療  
担当窓口へご提出ください。

- ① 葬祭執行者(喪主)
  - ② 振込先の口座名義人
  - ③ 申請者名
- が同一であることが前提です。

・添付書類として、喪主であることが  
証明できるものが必要です。  
(例 会葬礼状、葬儀日程、領収書等)

上記のとおり申請します。

令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 030-0001

(郵便番号を必ず記載してください)

住所 青森市新町二丁目○番○号

③申請者

氏名 青森 花子

※葬祭執行者と受領者が異なる  
場合は押印が必要です。

死亡者との続柄 (死亡者から見た続柄を書いてください)

連絡先電話番号 (市外局番を必ず記載してください)