

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長

このことについて、下記のとおり申請いたします。

申請年月日	令和〇年〇月〇日※提出日を記入ください。		申請	死亡の原因が第三者行為（交通事故等）の該当があった場合、チェックを入れてください。
保険者番号	3 9 0 0 0 0 0 0	被保険者番号	0	
死亡した被保険者の氏名	死亡した被保険者の氏名			
生年月日	大正・昭和〇年〇月〇日	死亡年月日	令和〇年〇月〇日	
葬祭年月日	令和〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）の該当		<input type="checkbox"/> 献体

申請者 (喪主)	住所	〒 0 0 0 - 0 0 0 0 福島県〇〇市〇〇字〇〇番地 〇〇マンション 〇号室		献体に出されている場合、チェックを入れてください。
	氏名	原則、申請者は葬祭執行者（喪主）様です。 葬祭執行者（喪主）様の氏名を記入ください。自署の場合押印不要。		
	電話	日中連絡の取れる電話番号を記入ください。	死亡者との続柄	死亡者から見た続柄を記入ください。 例：子の夫、子の子 など

振込先 口座	お振込先を記入ください。 原則葬祭執行者（喪主）様の口座です。 葬祭執行者（喪主）と異なる場合は「委任状」欄を記入ください。			本店 〇〇 支店
	協同組合 ()			
	金融機関コード	0 0 0 0	店コード	右詰めで記入ください。
	預金種別 ()	普通 当 座	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
口座名義人（カナ）		口座名義人名をカタカナで記入ください。		

委任状 ※振込先が申請者（喪主）と異なる場合	私（申請者）は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。			
	委任者（申請者） (自署)	住所	葬祭執行者（喪主）様以外の口座にお振込みしたい場合は、この欄をそれぞれ自署にて記入ください。	
	委任者（申請者） (自署)	氏名		
	受任者（自署）	住所	氏名	番号

※市町村 確認欄	申請者本人確認書類	葬祭日確認	喪主確認	備考	広域入力
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	市町村にて使用いたしますので記載は不要です。			