

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 様

このことについて、下記のとおり申請します。

申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ※提出日を記載ください。				
保険者番号					被保険者番号
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	〇〇年〇〇月〇〇日	死亡年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
葬祭年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）の該当	<input type="checkbox"/> 献体

死亡の原因が第三者行為（交通事故等）の該当であった場合、チェックを入れてください。

申請者 (喪主)	住所	〒 9 6 0 - 8 0 4 3 福島市中町8-2 広域マンション202			
	氏名	広域 花子 <small>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。</small>			
	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。 <small>例：子の夫、子の子など</small>	

献体に出されている場合、チェックを入れてください。

振込先 口座	銀行	本店						
	普通当座	広域		支店				
	預金種別	口座番号	1	2	3	4	5	6
	(フリガナ)	コウイキ ハナコ	出張所					
口座名義人	広域 花子							

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）様と異なる方へお振込みしたい場合は、「委任状」欄を記入ください。

右詰めで記入ください。

委任状 <small>※振込先が申請者（喪主）と異なる場合</small>	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			
		氏名	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。		
	受任者 (自署)	住所		電話番号	

※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。			