

葬祭費支給申請に係る申立書

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、福島県後期高齢者医療の下記被保険者に係る葬祭を喪主として、執行したことを申し立てします。

なお、葬祭費受領に関して一切の責任を負い、後日、他者から葬祭費支給申請に関する異議があった場合は、当事者間で解決いたします。

記

1 被保険者名 (被保険者番号)

2 葬祭日 令和 年 月 日

3 葬祭場所

4 葬祭執行とその喪主である葬祭執行者を確認する書類が提示できない理由

(代理提出者を指定する場合)

〒

5 代理提出者住所 (申請者との続柄)

代理提出者氏名

申請者(葬祭執行者)

< 自 署 > 〒

住 所

氏 名

- 1 会葬礼状等の書類で葬祭の執行・執行者(喪主)である確認ができない場合に、この「葬祭費支給申請に係る申立書」を葬祭費支給申請書に添付してください。この申立書は、必ず申請者(葬祭執行者)本人が自署をお願いします。
- 2 代理提出者欄は、窓口手続き者が申請者(葬祭執行者)の以外の方で、申請者以外の口座への振込の場合に記入願います。

市町村 確認欄	(1) 窓口申請者	(2) 申請者本人確認書類	(4) 喪主・葬祭日確認書類	受付者	広域確認
	☐ 申請者本人（喪主） ☐ 喪主以外の申請	☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ その他（			