

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	年 月 日	申請金額	50,000円
保険者番号		被保険者番号	
死亡した 被保険者の氏名			
生年月日	年 月 日	死亡年月日	年 月 日
葬祭年月日	年 月 日	☐ 第三者行為（交通事故等）の該当 第三者行為等による被害届（写し）を裏面貼付け	☐ 献体

申請者 (喪主)	住所	〒 -	
	氏名		
	電話	() -	死亡者との 続柄

振込先 口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 出張所	
	金融機関 コード		店舗 コード	
	預金 種別	普通 座 ()	口座番号 (右詰め)	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

給付金受領 委任状	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)	住所	
	<自署>	氏名	※委任者、受任者はそれぞれ本人が自署下さい。
	受任者 (受領者)	住所	
振込先が 申請者(喪主) と異なる場合	<自署>	氏名	() -

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	広域入力
	☐ 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 ()	☐ 会葬礼状 ☐ 葬儀日程表 ☐ 新聞記事 ☐ 申立書 ()		
		(3) 代理申請者本人確認書類			
		☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ その他 ()	(5) 備 考		