

【記入例】

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 0 1 2 3 4

・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 会葬御礼のはがきや葬儀の領収証等)

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	平成 ○年○月○日
死亡の場所	(※ 任意記入)
死亡の原因	(※ 任意記入)
その他	(※ 任意記入)
① 葬祭執行者	葬 祭 日 平成 ●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
	信用金庫	()	()	当座	
	信用組合		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。

平成 年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

③ 申請者

〒 030-0001
住 所 青森市新町二丁目○番○号

氏 名 青森 花子



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)

青森 ※欄外に捨印を押してください。