

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

被保険者番号

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		令和 年 月 日
死亡の場所		
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
その他		
葬祭執行者	葬祭日	令和 年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座
	口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)				

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。

令和 年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 氏名 _____

住所 _____

氏名 _____

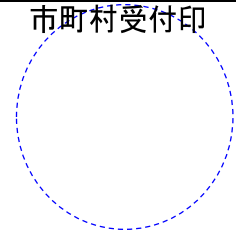
死亡者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

【記入例】

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

市町村受付印



受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 0 2 ○ ○ ○ ○

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	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
死亡の場所	(※ 任意記入)
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
その他	(※ 任意記入)
① 葬祭執行者	葬 祭 日 令和 ● 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 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	新町 本店・支店 ()	預金種別 普通 当座
		0 1 1 0 0 0 1	

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

・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
証明できるものがが必要です。
(例 会葬礼状、葬儀日程、領収書等)

上記のとおり申請します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 030-0001

住 所 青森市新町二丁目○番○号

③ 申請者

氏 名 青森 花子

※葬祭執行者と受領者が異なる
場合は押印が必要です。

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)