

記載例

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 令和 3 年 4 月 3 日
 決定日 令和 年 月 日
 保険者番号 3 9 3 9 0 0 0 0

被保険者番号 5 0 0 0 0 0 4 1

支給額 ¥ 3 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名	高知 太郎		
死亡者の生年月日	昭和 7 年 4 月 25 日		
死亡年月日	令和 3 年 3 月 30 日		
葬祭日	令和 3 年 4 月 1 日		
死亡の原因	該当するものに○をつけてください 1:第三者行為(交通事故等) 2:単独事故(運転・同乗) 3:その他(疾病等)		
葬祭執行者	①	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	※ 葬祭執行者と申請者が同じ場合、この欄の住所、氏名、連絡先の記入は不要です。
住所	②		○葬祭を行った方(葬祭執行者)が下記の申請者と同じとき →①の四角の中にチェックマークを入れて下さい。 このときは、②に記載の必要はありません。 ○葬祭を行った方(葬祭執行者)が下記の申請者と違うとき →②に住所・氏名・連絡先を記載して下さい。
氏名			
連絡先			

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	8	9	1	0	1	2	3
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	チ	タ	イ	チ	

・申請者(葬祭執行者又は葬祭執行者の相続代表者)と振込先が異なる場合は委任状が必要です。

私は上記被保険者死亡に伴う葬祭を執り行ったことに間違いなく、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

令和 3 年 4 月 3 日 申請日を記載

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 〒000-0000 高知県高知市丸ノ内2丁目4番1号

氏 名 高知 太一

死亡者との続柄 長男

連絡先電話番号 088-821-0000

葬祭を行った方が申請者。
 (葬祭を行った人が亡くなっている場合は葬祭執行者の相続代表者。併せて受領申立書の提出が必要)
 連絡先電話番号を必ず記載。

葬祭執行者であることを確認できる書類等添付