

# 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

〒□□□□ - □□□□

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 \_\_\_\_\_

申請者  
(喪主)

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 (死亡した被保険者との続柄) \_\_\_\_\_

電話 (※ 日中に連絡がとれる番号) \_\_\_\_\_

次のとおり葬祭費の支給を申請します。

保険者 番号	3	9	1	4						被保険 者番号								
死亡した 被保険者の 氏名										死亡した 被保険者の 生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日							
死亡した日	令和 年 月 日				葬祭日				令和 年 月 日									
申請金額	¥ 50,000-																	

振込先 口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	種目																	
			1. 普通	口座番号																
			フリガナ																	
金融機関コード		支店コード																		
			口座 名義人																	

※口座番号は左詰で記載してください。

※口座名義人(カタカナ)は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、姓と名の間を1字空けてください)

委 任 状	私は、次の者に葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(喪主)
	住所	住所
	氏名	氏名

※ 処 理 欄	市区 町村 入力 欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付 担当者	(備考)		
		<input type="checkbox"/> 住基確認済					
		<input type="checkbox"/> 戸籍課照会	喪主確認				
		<input type="checkbox"/> 受理証明書					
<input type="checkbox"/> 埋火葬許可							
<input type="checkbox"/> 第三者行為有							
広 域 連 合 入 力 欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先	受 付 印
	住所	葬祭日	金融機関	預金科目	口座番号	口座名義	

(広域連合保管用)

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。