

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

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 _____ (印)

※ 日中に連絡がとれる番号
電話 () _____

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	喪主との関係(続柄)							
死亡した日	年 月 日						葬祭日	年 月 日								
申請金額	¥ 50,000-															

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		支店 出張所 支所		種目	口座番号		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○							
	金融機関コード		支店コード		1	フリガナ									

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"/> 埋火葬許可		喪主確認							
		<input type="checkbox"/> 受理証明書									
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					

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。

(広域連合保管用)