

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 | 口座番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1. 普通 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 喪主確認 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 戸籍課照会 | | | | | |
| | | <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)