

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

被保険者 (死亡者)	保険者番号		被保険者番号	
	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の場所	病院・自宅・施設・その他()	
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)			
葬祭執行者	葬祭日	令和 年 月 日		
	住 所			
	氏 名			
	連絡先			

葬祭費申請額		¥ 50,000 -			
口座振込 依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()	本店 支店 ()	種別 普通 ()	口座番号	
	金融機関コード	支店コード			
	口座名義人 フリガナ 氏名				

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
上記のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者 (葬祭執行者)	住所	〒		被保険者との続柄	
	氏名		電話番号 ()		

☐ 私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

委任する理由 ()

※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入	住所	〒		申請者との続柄	
受領者 (上記口座名義人)	氏名		電話番号 ()		

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入	住所	〒		申請者との続柄	
来庁者	氏名		電話番号 ()		

受付印	受付日	令和 年 月 日
	市町村受付	市町村担当

広域記入欄	不備	入力	広域担当