

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者番号	
-------	--

被保険者番号	
--------	--

支給金額	¥ 20,000 -
------	------------

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	本店出張所 ()	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号(7桁)	※右詰でご記入ください。		
	口座名義人	(カナ)	※姓と名の間は1字あけてください。	
		(漢字)		

上記のとおり申請します。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

郵便番号 〒 _____

住所 _____

申請者 氏名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

記入例

保険者番号 39460000

被保険者番号 12345678

支給金額 ￥20,000-

死亡者の氏名	広城 太郎
死亡者の生年月日	明治 大正・昭和 10年7月4日
死亡年月日	令和6年11月29日
死亡の場所	
死亡の原因	
その他	
葬祭執行者	葬祭日 令和6年11月30日
	住所 鹿児島市山下町〇〇番〇〇号
	氏名 広城 次郎
	連絡先 099-206-〇●□△

葬祭を行った人を記入すること。

振込先	給付	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	鴨池	本店支店 出張所 ()	預金種別	① 普通
						2 当座
			0085001		4 貯蓄	
	口座番号(7桁)	0002345	※右詰でご記入ください。			
	口座名義人	(カナ) コウイキ ジロウ	※姓と名の間は1字あけてください。			
		(漢字) 広城 次郎				

上記のとおり申請します。

令和6年12月15日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

郵便番号 〒 890 - ●□□△

住所 鹿児島市山下町〇〇番〇〇号

申請者

氏名 広城 次郎

死亡者との続柄 子

電話番号 099-206-〇●□△

申請者と異なる口座名義の場合、委任状が必要。

葬祭執行者と申請者は同じ方を記入。