

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

このことについて、下記のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	申請金額	50,000円
保険者番号		被保険者番号	
死亡した被保険者の氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭年月日	令和 年 月 日	☐ 第三者行為（交通事故等）の該当	☐ 献 体

申請者 (喪主)	住所	〒 -		
	氏名			
	電話	() -	死亡者との続柄	

振込先 口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 出張所	
	金融機関コード		店舗コード	
	預金種別 (普通 当 座)	口座番号		
	(フリガナ)			
	口座名義人			

委任状 ※振込先が申請者（喪主）と異なる場合	私（申請者）は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。			
	委任者 (申請者) (自署)	住所		
		氏名	※委任者、受任者はそれぞれ本人が自署下さい。	
	受任者 (自署)	住所		
氏名		電話番号		

※市町村 確認欄	申請者本人確認書類	葬祭日確認	喪主確認	備 考	広域入力
	☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 保険証 ☐ その他 ()				