

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 _____

※ 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	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	預金種目 1. 普通	口座番号	○	○	○	○	○	○	○
	金融機関コード	支店コード	口座名義人(カタ)								
	○	○	○	○	○	○	○	口座名義人			

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 氏名	氏名

※ 処理欄	市区町村入力欄	<input type="checkbox"/> 事実確認 <input type="checkbox"/> 住基確認済 <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	<input type="checkbox"/> 葬祭日確認 <input type="checkbox"/> 喪主確認	<input type="checkbox"/> 窓口受付担当者 <input type="checkbox"/> (備考)			
	広域連合入力欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先
		住所	葬祭日	金融機関	預金科目	口座番号	口座名義

(注意) ※処理欄は、記入しないでください。

(広域連合保管用)

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 _____

※ 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	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	預金 種目	1. 普通	口座番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金融機関コード			支店コード		口座 名義人 (かたが)									
	○		○		○		○		○		○		○		○

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 氏名	氏名

※ 処 理 欄	市区町村入力欄	事実確認 <input type="checkbox"/> 住基確認済 <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	葬祭日確認 喪主確認	窓口受付 担当者	(備考)
	広域連合入力欄				受付印

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。

(市区町村控用)