

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 3 9 1 2 2 0 5 6

被保険者番号

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0 -

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 1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)	
そ の 他	
葬 祭 執 行 者	葬 祭 日 年 月 日
	住 所
	氏 名
	連 絡 先

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )						預金種別	普通座 ( )
口座番号等 左詰記載し て下さい									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに申請します。

年 月 日

(あて先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_