

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 _____

続柄 (死亡した被保険者との続柄) _____

電話 ※ 日中に連絡がとれる番号 () _____

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			
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 (カタカナ)									
								口座 名義人									

※口座番号は右詰で記載してください。

※口座名義人(カタカナ)は上段より左詰で記載してください(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。

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					住所					
	氏名					氏名					印

※ 処 理 欄	市区 町村 入力 欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付 担当者	(備考)		
		<input type="checkbox"/> 住基確認済					
		<input type="checkbox"/> 戸籍課照会					
		<input type="checkbox"/> 受理証明書	喪主確認				
		<input type="checkbox"/> 埋火葬許可					
		<input type="checkbox"/> 第三者行為有					
受 付 印	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 _____

続柄 (死亡した被保険者との続柄) _____

電話 ※ 日中に連絡がとれる番号 () _____

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			
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 (カタカナ)										
								口座名義人										

※口座番号は右詰で記載してください。

※口座名義人(カタカナ)は上段より左詰で記載してください(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。

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	住所 氏名

※処理欄	市区町村入力欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付担当者	(備考)
		<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	喪主確認		
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)