

# 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	<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	(備考)		
	広域連合入力欄	受付日 住所	決定日 葬祭日	支給日 金融機関	氏名 預金科目	続柄 口座番号	連絡先 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)