

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者氏名				
被保険者番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日

該当箇所に☑をつけてください

以下のとおり、葬祭費の支給を申請します。

平成 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (喪主) _____ (印)

被保険者との関係 _____

連絡先 ☎ _____

〒 _____

住 所 _____

支給金額	50,000円
添付書類 ※	1. 会葬礼状 2. 領収書 3. 訃報広告 4. 葬祭の日程表など ・通帳の写し

※1~4は、いずれか1つ
 (喪主の氏名、葬祭日等が
 確認できるもの)

(受付日付印)

● 葬祭に関すること

死亡日	平成	年	月	日	葬祭日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

● お振込先

・振込先口座は原則として、申請者本人の口座をご指定下さい。
 ・やむを得ず申請者以外の口座に振込みをご希望される場合は、下記委任状にご記入下さい。

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()
	金融機関コード	該当箇所に☑をつけてください	
口座番号	・口座番号は7桁となります。 ・7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。		
口座名義人 (カタカナ)	・姓と名の間は1マスあけて、左づめで記入して下さい。 ・小文字を含む文字(例:イリヨウ)はすべて大文字(例:イリヨウ)として記入して下さい。		

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		委任日	平成	年	月	日
代理人	住所	〒 _____				
	氏名	_____ (印)				
	葬祭執行者との関係	連絡先	☎	—	—	—
申請者 (喪主)	住所	〒 _____				
	氏名	_____ (印)				