

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
死亡日	令和 年 月 日	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 第三者行為以外
葬祭日	令和 年 月 日		

下記のとおり被保険者の葬祭を行ったので、葬祭費の支給を申請します。
申請にあたり記載内容に相違ないこと、また、他の者が葬祭を行ったと申し立てて権利を主張した場合は、関係者間で解決することを誓約します。

令和 年 月 日
宮城県後期高齢者医療広域連合長 様
〒 -

申請者
(喪主)

住所

フリガ
氏名

印

連絡先

被保険者
との続柄

振込先 ※申請者 (喪主)の口座を記入願 います。	<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	店舗 コード	
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。		該当箇所には☑を つけてください
口座 名義人 (カタカナ)	・姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。 ・小文字を含む文字(例:イリョウ)は、すべて大文字(例:イリョウ)で記入してください。		

※窓口に来た方が、申請者(喪主)と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者 (窓口に来た方)	住所	喪主との 続柄
	フリガ 氏名	連絡先

(窓口に来た方の本人確認欄)

運転免許証 パスポート マイナンバーカード 保険証 その他(

様式 R.5~	市区町村 確認欄	葬祭 <input type="checkbox"/> 口座登録 <input type="checkbox"/> 葬祭登録	受領 <input type="checkbox"/> 申請受付	高額 <input type="checkbox"/> 口座停止 <input type="checkbox"/> 受領者登録	メモ	礼状等がない場合で葬祭の実施を確認した 方法など
------------	-------------	--	-------------------------------------	---	----	-----------------------------

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は喪主の氏名、葬祭日等が確認できるもので、
いずれか1点。いずれも無い場合は「申立書」。

確認欄	
受付者	点検者

受付日付