

記入例

後期高齢者医療葬祭費支給

平成30年3月31日までに亡くなられた被保険者は、支給金額が5万円。
平成30年4月1日以降に亡くなられた被保険者は、支給金額が3万円。

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

支給金額	¥	3	0	0	0	0	-		
保険者番号	3	9	3	7	0	0	0		
被保険者番号	12345678								
被保険者(死亡者)氏名	広域 連五郎								
生年	明治	大正	昭和	12	年	3	月	14	日
死亡年				30	年	4	月	1	日
葬祭を行った				30	年	4	月	3	日
資格取得年月				25	年	4	月	1	日
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)								

負傷や発病の理由が第三者によるものである場合は「1」、その他の場合(自損事故や疾病等)は「2」に○をしてください。

振込先	銀行	本店	種目	口座番号						
	さめき	さめき	① 普通預金 ② 当座預金 ③ その他	1	2	3	4	5	6	7
	信用金庫 信用組合 農協	支店 出張所	()	コウイキ タロウ						
金融機関コード	店舗コード	フリガナ	口座名義人							
				広域 太郎						

申請者と異なる名義の口座に振り込むときは委任状が必要となります。

金融機関に届けているフリガナを記入してください。

申請します。申請して、後日トラブルが発生した場合には、その一切の責めを負います。

●●年 4月 10日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

〒760-0006

申請者住所 高松市福岡町二丁目3番1号
(葬祭を行った者)

氏名 広域 太郎

死亡者との続柄 子

電話番号 0123-45-6789

連絡のとれる連絡先を記入してください

以下の欄には、記入しないでください。

確認欄	1 会葬礼状	4 その他 ()	確認者印
	2 領収書		
	3 埋火葬許可証		