

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3 9 0 3 2 0 7 3	被保険者番号						
被保険者氏名				被保険者からみた 申請者との続柄				
生年月日	年 月 日							
死亡日	年 月 日			献体の有無	あり ・ なし			
葬祭日	年 月 日			他保支給状況	あり ・ なし			
死亡の原因	1 交通事故等による第三者行為			2 その他				
支給金額	¥ 3 0 , 0 0 0 -							

該当するものに○を、該当するものがないときは () 内に記載してください。金融機関コード・支店コードの記載は任意です。

振 込 先 口 座		銀行 信用金庫 労働金庫 農 協 ()	本店 支店 支所 出張所 ()	預金種別	普通・当座				
				金融機関コード		支店コード(店番)			
	口座番号								
	カタカナ								
	口座名義人								

口座番号は右詰めで記載してください。 姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 -

申請者 住所
(葬祭執行者)

氏 名

※記名の場合は押印が必要です。 電話番号

申請者と口座名義人が異なる又は送付先の変更をするときは、該当項目の□にレを付け、以下に記載ください。

委 任 状	<input type="checkbox"/> 私は、次の者に後期高齢者医療葬祭費の受領に関する権限を委任します。 <input type="checkbox"/> 私は、次の者に後期高齢者医療葬祭費に関する通知の送付先を委任します。	
	代理人 (口座名義人)	委任者 (申請者)
	〒 -	住所
	住所	氏名
	氏名	
	委任者(申請者)との続柄	

記入例

○葬祭費とは、後期高齢者医療に加入している方がお亡くなりになった場合、その葬祭執行者（喪主）に3万円が支給される制度です。

葬 祭 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3	9	0	3	2	0	7	3	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	後期 太郎								被保険者からみた申請者との続柄		子						
生年月日	明治・大正・ 昭和 5年 5月 5日																
死亡日	令和 3 年 5 月 3 日								献体の有無		あり		なし				
葬祭日	令和 3 年 5 月 8 日								他保支給状況		あり		なし				
死亡の原因	1 交通事故等による第三者行為								2 その他								
支給金額	¥30,000-																

該当するものに○をつけてください。該当するものがないときは（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先 口 座	後期	銀行 信用金庫 農 協 ()			久慈	支店 支 所 出張所 ()			預金 種別	普通 当 座				
		()				()								
	口座番号	7	6	5	4	3	2	1						
	カタカナ	コウキ			チヨウイ			チロウ						
口座名義人	後期 長市郎													

口座番号は右詰めで記載してください。 姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

令和 **4**年 **1**月 **30**日
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者
(葬祭執行者)

申請者は、葬祭執行者
(喪主)の方となります。

〒**028-8030**

住 所 **岩手県久慈市川崎町1番1号**

氏 名 **後期 長市郎**

電話番号 **0194-52-2111**

委任状欄は、申請者と口座名義人が違う場合のみ記入・押印してください。

申請者と口座名義人が異なる又は送付先の変更をするときは、該当項目の□にレを付け、以下に記載ください。

委 任 状	<input type="checkbox"/> 私は、次の者に後期高齢者医療葬祭費の受領に関する権限を委任します。	
	<input type="checkbox"/> 私は、次の者に後期高齢者医療葬祭費に関する通知の送付先を委任します。	
	代理人（口座名義人）	委任者（申請者）
	住所	氏名
	氏名	
	委任者(申請者)との続柄	