

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								
								口座 名義人 (カタカナ)										
	金融機関コード				支店コード			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					氏名 印				

※ 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)				
		☐ 住基確認済							
		☐ 戸籍課照会							
		☐ 受理証明書	喪主確認						
		☐ 埋火葬許可							
	広域連合 入力欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先	受 付 印	
		住所	葬祭日	金融機関	預金科目	口座番号	口座名義		