

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（交通事故等） <input type="checkbox"/> 第三者行為以外（自損事故・疾病等）
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 _____
氏名 _____
連絡先 _____ 被保険者との続柄 _____

振込先 <small>※申請者(喪主)の口座を記入願います。</small>	<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
	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
フリガナ			
口座名義人			

※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	
	フリガナ氏名	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 公的身分証明書 その他 ()

様式 R7.4	市区町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 葬儀 <input type="checkbox"/> 火葬	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"/> 受領者口座登録 <input type="checkbox"/> 受付入力	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 (葬儀)
1※. 会葬礼状
2※. 葬祭の日程表
3※. 訃報広告
4※. 領収書など
・通帳の写し

添付書類 (火葬)
1*. 埋火葬許可書の写し
2*. 火葬の領収書
・通帳の写し

確 認 欄	
受付者	点検者

受付日付

※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」。

*1~2どちらも添付。無い場合は「申立書」。