

## 後期高齢者医療 葬祭費 支給申請書

保険者番号			
被保険者番号		死亡者の氏名	
死亡年月日	年 月 日	支給金額	

私は、上記死亡者の葬祭執行関係者全員を代表して、葬祭費の支給を申請します。  
 なお、他の葬祭執行関係者に対しましては、私の責任において、異議のないよう処理し、北海道後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）に一切の迷惑をかけないことを申し添えます。もし、私の故意又は過失により、広域連合に損害を与えた場合は、その一切の責任を負います。  
 また、他の葬祭執行関係者から申請情報・支給情報の求めがあった場合は提供すること、及び広域連合が必要に応じ、領収書発行元などの関係会社等に対して照会することについて同意します。

① 申請日	年 月 日		
② 葬祭日	年 月 日		
③ 申請者氏名 (葬祭執行者氏名)			
④ 死亡した方から見た 申請者の続柄	親族 ・ 知人 ・ その他 ( )		
⑤ 申請者住所	(〒 - )		
⑥ 電話番号	— —		
※申請書に不備があった場合に連絡します。日中に繋がる番号を記入してください。			
⑦ 口座情報	⑦-1 口座名義人 (カタカナ)	A B C D E F G H I J K L M N O P Q	
	⑦-2 金融機関名	銀行・信金 信組・農協 漁協・労金	⑦-3 店舗名 本店 支店 ( )
	⑦-4 口座種別	普通 ・ ( )	⑦-5 口座番号 A B C D E F G ※「0」を省略せず、左詰めで記入

<b>市区町村使用欄</b> ※該当ある場合は✓すること <input type="checkbox"/> 葬祭執行者死亡 ・受取人は受任者欄に記入 ・相続人代表者であること確認済み <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等確認済	(備考)	市区町村受付印
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---------