様式第３１号

後期高齢者医療　**葬祭費**支給申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（死亡者） | 保険者番号 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 3割・2割・1割（一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ） |
| 死亡年月日 | 　　年　　月　　日 | 死亡の場所 |  |
| 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） |
| 葬祭執行者 | 葬祭日 | 　　年　　月　　日 |  |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 葬祭費申請額 | ￥　５０，０００　－ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行・農協信金・信組(　　　　　) | 本店支店(　　　　　) | 種別 | 口座番号 |
| 普通(　　　　) |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 群馬県後期高齢者医療広域連合長あて上記のとおり申請します。　　年　　月　　日（〒　　　－　　　　）　　　　　　　　住　所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄　（　　 　　）（葬祭執行者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）**□**私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。　　委任する理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　住　所　　受領者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　（　　　　）（上記口座名義人）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） |

|  |
| --- |
| （〒　　　－　　　　）　　　　　　　　住　所　　来庁者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　（　　　　）（申請書の提出者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　）注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村受付者印 | 市町村担当者印 |  | 広域記入欄 | 支給決定日 | 　　　年　　　月　　　日 | 広域担当 |
|  |  | 不備 | 入力 |  |  |
|  |  |

**記載例　※着色部は記入しないでください**

様式第３１号

後期高齢者医療　**葬祭費**支給申請書

●当座、貯蓄預金は種別の（　）内に記入してください。

●「金融機関コード」、「支店コード」は空欄でもかまいません。

●葬祭執行者は、葬祭執行者が死亡した場合を除き、「申請者に同じ」でもかまいません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（死亡） | 保険者番号 |  | 被保険者番号 | **０１２３４５６７**  |
| 住所 | **群馬県前橋市大渡町１１－１**●負傷理由が交通事故などの第三者行為（加害者による負傷）である場合は、第三者行為の届出が必要です。 |
| 氏名 | **広域　太郎** |
| 生年月日 | 明・大・昭　**５**年**10**月　**15**日 | 3割・1割（一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ） |
| 死亡年月日 | **令和　元**年　**５**月**１５**日 | 死亡の場所 | **病院** |
| 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） |
| 葬祭執行者 | 葬祭日 | **令和**　**元**年　**５**月**１６**日 |  |
| 住　所 | **群馬県前橋市大渡町１１－１** |
| 氏　名 | **広域　花子** |
| 連絡先 | **０１２（２３４ ）４５６７** |

|  |  |
| --- | --- |
| 葬祭費申請額 | ￥　５０，０００　－ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行・農協**群馬**　　信金・信組(　　　　　) | 本店**前橋**　　支店(　　　　　) | 種別 | 口座番号 |
| 普通(　**貯蓄**　) | **１** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ | **コウイキ　イチロウ** |
| 氏名●「申請者」に葬祭執行者を記入してください。●葬祭執行者が死亡し申立人が申請する場合は、「（葬祭執行者）」を二重線で削除し「申立人」と記入してください。 | **広　域　　一　郎** |
| 群馬県後期高齢者医療広域連合長あて上記のとおり申請します。**令和　元**年　**５**月**１６**日●書類の不備等で申請書を再提出する場合、申請日には再提出日（市町村が受理した日）を記入してください。　　　　　　　　　　（〒**３７１－０８５４**）　　　　　　　　　住　所　　　**群馬県前橋市大渡町１１－１**　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（　 **妻** 　）（葬祭執行者）　　 氏　名　　　　**広域　花子**　　　　　　　　　電話番号**０１２**（**２３４** ）**４５６７**●葬祭執行者以外の口座に振り込む場合は□に✔をし、「受領者」に口座名義人を記入してください。●委任するやむを得ない理由を記入してください。**☑**私は下記の受領者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。　　委任する理由（（例）**受領者が費用を負担しているため**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　 住　所　　　**群馬県前橋市大渡町１１－１**　 受領者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（ 　**子** 　）（上記口座名義人）氏　名　　　　**広域　一郎**　　　　　　　　　電話番号**０１２**（**２３４** ）**４５６７** |

|  |
| --- |
| （〒**３７１－０８５４**）　　　　　　　　　住　所　　　**群馬県前橋市大渡町１１－１**　　来庁者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（　 **子**　 ）（申請書の提出者）氏　名　　　　　**広域　一郎**　　　　　　　　　電話番号**０１２**（**２３４** ）**４５６７**注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村受付 | 市町村担当 |  | 広域記入欄 | 支給決定日●申請者以外が申請書を持参する場合は、「来庁者」に申請書の提出者を記入してください。申請者が持参する場合及び郵送受付の場合は記入不要です。 | 　　　年　　　月　　　日 | 広域担当 |
|  |  | 不備 | 入力 |  |  |
|  |  |