

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		
死亡年月日		令和 年 月 日	死亡の場所	病院・自宅・施設・その他（ ）
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 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 普通 ()	口座番号	
	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。

申請日

令和

年

月

日

申請者 (葬祭執行者)	住所	〒		被保険者との続柄	
	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（ ）

※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入	住所	〒		申請者との続柄	
受領者 (上記口座名義人)	氏名			電話番号	
				()	

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入	住所	〒		申請者との続柄	
来庁者	氏名			電話番号	
				()	

受付印	受付日	令和 年 月 日
	市町村受付	市町村担当

広域記入欄	不備	入力	広域担当

記載例

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	0 1 2 3 4 5 6 7							
	住 所	群馬県前橋市大渡町 1 1 - 1								・負傷原因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、1に○をつけてください。第三者行為の届出が必要になります。		
	氏 名	広城 太郎										
	生年月日	明 (大)・昭 5 年 10 月 15 日										
死亡年月日		令和 7 年 7 月 15 日				死亡の場所		(病院・自宅・施設・その他())				
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 7 年 7 月 18 日										
	住 所	群馬県前橋市大渡町 1 1 - 1										
	氏 名	広城 花子										
	連絡先	0 1 2 - 2 3 4 -										
葬祭費申請額					¥ 50,000							
口座振込依頼欄	群馬		前橋		種別	口座番号						
	()		()		普通	1	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード		支店コード		()							
	フリガナ		コウイキ イチロウ									
口座名義人		広城 一郎										
・「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。												
申請日		令和 7 年 7 月 21 日										
申請者 (葬祭執行者)	〒 371-0854		群馬県前橋市大渡町 1 1 - 1				被保険者との続柄		妻			
	氏名	広城 花子				電話番号						
	0 1 2 (2 3 4) 4 5 6 7											
☒ 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する理由（(例) 受領者が費用を負担しているため）												
※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入		〒 371-0854		住所		群馬県前橋市大渡町 1 1 - 1						
受領者 (上記口座名義人)	氏名		広城 一郎				電話番号					
	0 1 2 (2 3 4) 4 5 6 7											
※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入		〒 371-0854		住所		群馬県前橋市大渡町 1 1 - 1				申請者との続柄		
来庁者	氏名		広城 一郎				電話番号					
	0 1 2 (2 3 4) 4 5 6 7											
受付印		受付		月 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。												
						記入欄						
								域担当				