様式第29号(第22条関係)

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日　　年　月　日
決定日　　年　月　日

保険者番号								

被保険者番号	

支給金額								

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年　月　日
死亡年月日		年　月　日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年　月　日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は(　)内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 (　)								本店・支店 (　)							預金種別	普通 当座 (　)			
口座番号等左詰記載して下さい																				
口座名義人(カタカナ)																				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに申請します。

年　月　日

(あて先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿