

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  ※申請者(喪主)の口座を記入願います。	<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 <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☑をつけてください
口座名義人(カタカナ)	・姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。		

※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 保険証 その他（ ）

様式 R4.4 ~	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」。

保険者番号	3 9 0 4 1 2 3 4	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
被保険者氏名	広域 太郎	生年月日	明・大・昭 10年 4月 1日
死亡日	令和 4年 5月 20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 4年 5月 23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 4年 6月 3日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

〒981-00

申請者  
(喪主)

住所 仙台市青葉区上杉1丁目2-3

氏名 広域 次郎

連絡先 022 - 266 - 1021

被保険者との続柄 子

振込先 ※申請者(喪主)の口座を記入願います。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ( )			預金種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ( )		
	金融機関コード	0	1	2	5	店舗コード	0		0	1
口座番号	9	8	7	6	5	4	3	・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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください
口座名義人(カタカナ)	コ ウ イ キ シ ム ロ ウ									
・姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。										

※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	仙台市太白区長町1丁目1-2					喪主との続柄	妹
	氏名	宮城 広子					連絡先	022-345-1155

〈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 保険証 その他(保険証、キャッシュカード)

様式 R4.4 ~	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	札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」。