

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

保険者番号	3904	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	☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ 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 _____
フリガナ氏名 _____

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。	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農業協同組合 ☐ 信用組合 ☐ 協同組合 ☐ （ ）	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ （ ）	預金種目 ☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 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。		該当箇所には☑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	☐ 葬儀 ☐ 火葬	葬祭	☐ 口座登録 ☐ 葬祭登録	受領	☐ 申請受付	高額	☐ 受領者口座登録 ☐ 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

※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」。

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

*1～2どちらも添付。無い場合は「申立書」。

確認欄	
受付者	点検者

受付日付