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 | ３ | ９ | １ | ２ | ２ | ２ | ８ | ８ | 　 |
| 　 |
| 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 支給金額 | 　 | 　 | ￥ | ５ | ０ | ０ | ０ | ０ | 　 |
| 　 |
| 　 | 死亡者の氏名 | 　 | 　 |
| 死亡者の生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　　月　　　日 |
| 死亡年月日 | 令和　　　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） |
| その他 |  |
| 葬祭執行者 | 葬祭日 | 令和　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 |
| 　 |