様式第28号（第26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		第三者行為　　第三者行為外の一般疾病
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 左詰記載してください					
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

茨城県後期高齢者医療広域連合長　宛て

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿