様式第34号(第21条関係)

市　町　名	
市町管理番号	
被保険者番号	

後　期　高　齢　者　医　療　葬　祭　費　支　給　申　請　書

保険者番号	3	9	2	4				支給金額	¥	5	0	0	0	0	-
被保険者番号															

死亡した被保険者	氏　名		生年月日	年　月　日
	資格取得日	年　月　日	死亡の場所	
	死亡年月日	年　月　日	死亡の原因	
	備　考			
葬祭執行者	葬祭執行日	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。※死亡者名義の口座へは振込できません。

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	1.普通 2.当座 （　　）	
口座番号等 （右詰に記載）																		
口座名義	フリガナ																	
	氏名																	

上記のとおりに申請します。なお、併給を調整するため貴広域連合が医療保険者等へ必要な調査等を行うことに異議を申しません。

年　　月　　日

(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者　住　所　　続柄

氏　名　　印　　電話番号

委任状

私は、　　を代理人と定め、この後期高齢者医療葬祭費支給申請により受ける後期高齢者医療給付に関する一切の権限を委任します。

年　　月　　日

（あて先）三重県後期高齢者医療広域連合長

〒

葬祭執行者　住所　　氏名　　印

市町確認欄				
受付者	葬祭執行者の確認	併給	保険料充当	入力日確認
	葬祭の領収証・会葬礼状・死亡届の届出人 埋火葬許可証・死亡者の被保険者証提出 住基(戸籍)確認(死亡者との続柄　　) その他(　　)	有 無	有 無	／
届出	(　　)郵送・(　　)窓口(申請者)・(　　)窓口(申請者以外)続柄(　　)			

広域連合確認欄	
確認	入力・修正

市町
受付印