

市 町 名	
市町管理番号	
被保険者番号	

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 出張所										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 _____
 氏名 _____

続柄 _____
 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 〒

(続柄: _____) 住所 _____ 氏名 _____

市町確認欄					
被保険者 死亡確認	葬祭執行者の確認		併給	保険料充当	受付者
本人確認	葬祭を行った事実を証する書類		有	有	
済 ・運転免許証 ・個人番号カード ・資格確認書 ・その他 ()	・葬祭の請求書または領収書 ・会葬礼状 ・その他()				
申請	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