

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	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	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 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
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。	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()		預金 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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☑を つけてください	
フリガナ						
口座 名義人						

※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 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 公的身分証明書 その他 ()

様式 R7.4 ~	市区町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 葬儀 <input type="checkbox"/> 火葬	葬祭	<input type="checkbox"/> 口座登録 <input type="checkbox"/> 葬祭登録	受領	<input type="checkbox"/> 申請受付	高 額	<input type="checkbox"/> 受領者口座 登録 <input type="checkbox"/> 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
--------------	---

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
--------------	---------------------------------------

※1~4は喪主の氏名、葬祭日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」。

*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

保険者番号	3 9 0 4 1 2 3 4	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
被保険者氏名	広域 太郎	生年月日	明・大・昭 10年 4月 1日
死亡日	令和 7年 5月 20日	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為以外（自損事故・疾病等）
葬祭日	令和 7年 5月 23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 7年 6月 3日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

〒981-00

申請者
(喪主)

住所 仙台市青葉区上杉1丁目2-3

氏名 広域次郎

連絡先 022 - 266 - 1021

被保険者
との続柄 子

振込先 ※申請者 (喪主)の口座を記入願 います。	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> （ ）		<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> （ ）	預金 種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	金融機関 コード	0 1 2 5	店舗 コード		0 0 1
口座番号	9 8 7 6 5 4 3	・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☑を つけてください	
フリガナ	コウイキ ジロウ				
口座名義 人	広域次郎				

※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	仙台市太白区長町1丁目1-2	喪主との 続柄	妹
	フリガナ 氏名	ミヤギ ヒロコ 宮城 広子	連絡先	022-345-1155

〈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 公的身分証明書 その他（

様式 R7.4 ～	市区町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 葬儀 <input type="checkbox"/> 火葬	葬祭	<input type="checkbox"/> 口座登録 <input type="checkbox"/> 葬祭登録	受領	<input type="checkbox"/> 申請受付	高額	<input type="checkbox"/> 受領者口座 登録 <input type="checkbox"/> 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

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

確認欄	
受付者	点検者

受付日付

※1～4は喪主の氏名、葬祭日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」。

※1～2どちらも添付。無い場合は「申立書」。