

後期高齢者医療葬祭費及び葬祭費給付金支給申請書

被 保 険 者 番 号								
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

亡 く な ら れ た か た	住 所	
	氏 名	(フリガナ)
死 亡 年 月 日		年 月 日
葬 祭 日		年 月 日
被用者保険資格喪失後3か月以内に 亡くなられた場合はご記入ください		健康保険・船員保険・共済組合等から埋葬料等の支給を受けることが できない ・ できる

《 口座振替依頼書 》

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他 ()							
			口座番号								
	本 店 支 店 出 張 所	支店コード	口 座 名 義 人	フリガナ							
				氏 名							

上記のとおり申請します。									
目黒区長あて 年 月 日									
〒									
申請者 住所									
(葬祭を行ったかた)									
氏名									
亡くなられたかたとの関係(続柄)									
電話 ()									
※区処理欄	添付書類	☐ 葬儀費用の領収書 ☐ その他 ()		受付 地区	中央・北部 西部・南部	係員		後期 係員	