

武蔵野市 後期高齢者医療被保険者 葬祭費支給申請書

**記入見本**

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

支給金額	50,000円
------	---------

死亡者住所	武蔵野市 緑町 □-□-□		
死亡者氏名	フリガナ シヤク ムサシ		
	市役 武蔵		
死亡年月日	□年	△月	○日
葬祭日	□年	△月	◇日 <b>告別式の日</b>
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る ・ できない		

上記のとおり申請します。

武蔵野市長殿 □年 △月 ▽日

郵便番号 180-0012

住所 緑町 □-□-□

申請人 (直接葬儀を行った者)

氏名 武蔵野 緑

死亡者との続柄 長女

日中連絡の取れる電話番号 0422 (60) 1913

**不明の場合は空欄で可**

**会葬礼状(写)を添付する場合、喪主または施主の方 葬儀の領収書(写)を添付する場合、領収書のあて名の方**

振込先	銀行	本店	預金種類	1 普通	2 当座	3 その他 ( )				
	武蔵野△×	武蔵野	口座番号	0	0	5	4	3	2	1
	信用金庫	出張所	フリガナ	ムサシノ ミドリ						
	金融機関コード	支店コード	口座名義人	武蔵野 緑						

**上記申請人以外の口座の場合、委任状が必要です。**

**注 申請人名義の葬儀の領収書(写) 又は 会葬礼状(写) を添付してください。**

支給			入力			受付		

受付印