

武蔵野市 後期高齢者医療被保険者 葬祭費支給申請書

被保険者番号	
--------	--

支給金額	50,000円
------	---------

死亡者住所	武蔵野市		
死亡者氏名	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る ・ できない		

上記のとおり申請します。

武蔵野市長殿

郵便番号

住所

申請人
(直接葬儀を行った者)

氏名

死亡者との続柄

日中連絡の取れる電話番号 ()

振込先	銀行	本店	預金種類	1 普通	2 当座	3 その他 ()
	信用金庫	支店	口座番号			
	信用組合	出張所	口座名義人	フリガナ		
	協同組合	金融機関コード		支店コード	-----	

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