

多摩市長 殿

多摩市後期高齢者医療葬祭費支給申請書兼請求書

提出日を記入

被保険者番号	1	2	3	4
被保険者氏名	多摩 太郎			
被保険者生年月日	昭和● 年 ● 月 ● 日			
死亡年月日	令和● 年 ● 月 ● 日			
葬祭執行年月日	令和● 年 ● 月 ● 日			
申請及び請求の額	¥50,000			

被保険者番号が不明の場合は
空欄で構いません。
葬祭執行日は告別式の日を
記入。

振込先	銀行・信金 農協・信組	支店名	関戸	支店	店番号	1	2	3
口座種別	普通・当座	口座番号	1					
口座名義人 (カタカナ)	タマ	シ	ロウ					
委任欄	口座名義人が申請者と異なる場合、申請者の委任 ・上記口座名義人に対して、葬祭費の受領を委任します。 申請者（葬祭を行った方）氏名 多摩 花子							

申請者（葬祭を行った方）の
口座を記入。申請者以外の口座
へ振り込みを希望する場合は
「委任欄」を記入。

被保険者の葬祭を行ったため、後期高齢者医療葬祭費の支給をされたく、多摩市後期高齢者医療葬祭費支給事務要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請し、葬祭費の支給の決定を受けたときは、当該決定日をもって、当該葬祭費を上記の口座に振り込むよう請求します。

申請者 (葬祭を行った方)	〒206-8666 住所 多摩市関戸6-12-1 氏名 多摩 花子 電話番号 ●●● (●●●) ●●●●	葬祭を行った方が申請者となります。 電話番号は日中連絡がとれる番号を記入。
申立欄	関係書類において申請者のフルネームが確認できない場合、申立てが必要です。 ・被保険者の葬祭を行ったのは申請者で間違いありません。 申請者（葬祭を行った方）氏名 多摩 花子	領収書等に申請者のフルネーム の記載がない場合は「申立欄」 を記入。

【市職員記入欄】

添付文書
領収書・会葬礼状・その他

受付印