別記第１号様式（第５条関係）

受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿

江　東　区　長　殿

令和			年			月			日

申請者（葬祭執行者）	〒				―				
	住所				□都 □道 □府 □県				□市 □区 □町 □村
	カナ				カナ				
	姓				名				

電話　　（　　）

江東区後期高齢者医療被保険者葬祭費等支給申請書兼口座振替依頼書

下記のとおり申請します。

記

金額　　７０，０００　円	（内訳）葬祭費（東京都後期高齢者医療広域連合支給分）　５０，０００円 葬祭給付金（江東区支給分）　２０，０００円

被保険者番号											
個人番号											
死亡者関係事項	死亡年月日	令和		年		月		日			
	死亡者氏名				□S □H □R	年　月　日生					
	死亡の原因 ※該当する項目にチェック	□ 病気・老衰　□ 負傷・その他（第三者による加害行為：□ あり / □ なし									
	葬祭執行日（告別式）	令和			年			月			日
	続柄	申請者の　□夫　□妻　□父　□母　□その他（　　）									

※　申請者名義以外の口座に振り込む場合は、裏面もご記入ください。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合					本店 支店 出張所					
	金融機関コード					支店コード					
振込口座	預金種類　□普通　□当座（　　）				口座番号						
	名義人氏名（カタカナ）										

※　申請者以外の方がお届けに来られた場合は、ご記入ください。

（住所） （電話）　（　　）		
（氏名）	申請者との関係	

執行者確認	資格喪失情報	受付者	受付場所
	（喪失日） 年　月　日		区 白 富 豊 小 亀 大 砂 南

年　　月　　日

委　任　状

私は、　　を代理人と定め、次の権限を委任します。

葬祭費の受領に関すること。

委任者(申請者)の住所

委任者氏名（自署）

受任者(代理人)の住所

フリガナ
受任者氏名