

# 後期高齢者医療葬祭費申立書

年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者 住所 \_\_\_\_\_  
(申請者)

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

死亡者との関係 \_\_\_\_\_

私は、 年 月 日に死亡した被保険者（被保険者番号： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_）にかかる葬祭費の支給申請について、 年 月 日  
に葬祭を行なったものであることを申し立てます。

なお、葬祭費の支給に関して争いが生じた場合は、私（申立者）が責任を持って異議のな  
いよう処置いたします。