

# 葬祭執行申立書

年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者（葬祭執行者） 住所  
氏名 印  
死亡者との続柄  
連絡先

## 葬祭費申請時申出について

私（申立者）が、故 の死亡に伴う葬祭を次のとおり執り行ったことに間違いなく、葬祭費を受領することについて疑義が生じた場合には、私の責任において疑義の解消に努めます。

・ 死亡者 被保険者番号

氏名

住所

・ 葬祭執行 葬祭執行日

葬祭場所

葬祭執行者

葬祭執行内容