

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書



受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

市 町 村 処 理 欄			
受 付		入 力	

被 保 険 者 番 号	
-------------	--

支 給 金 額									—
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の原因		1 : 第三者行為 (交通事故等)      2 : その他 (疾病等・自損事故)
※ 葬祭執行者	葬 祭 日	年 月 日
	住 所	※葬祭執行者と申請者が同一人の場合左記欄への記入は不要です。下記へ○をしてください。 <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;">申請者と同じ</div>
	氏 名	
	電話番号	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本 店 ・ 支 店 本 所 ・ 支 所 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座
			( )	( )

口座番号														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義人 (カタカナ)														
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

後期高齢者医療広域連合長あて

※ 申請者 干

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_