

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 3 9

被保険者番号

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 -

	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
葬祭執行者	葬 祭 日 年 月 日
	住 所
	氏 名
	連 絡 先

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・支所	預金種別	普通 当座 その他
	口座番号等 <small>左詰で記載して下さい</small>			
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詰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

長野県後期高齢者医療広域連合長様

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_