

## 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

被保険者番号

支給金額            -

市 町 村	処 理 欄
受付	入力

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は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; text-align: center;">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・半濁点は字として、姓と名の間は 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      千  
                    住所 \_\_\_\_\_

                    氏 名 \_\_\_\_\_ 印

                    死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

                    電話番号 \_\_\_\_\_