

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	3	4	2	0	5	0
被保険者番号								

受付時使用欄			
受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
システム 入力者		システム 確認者	

支給金額	¥	3	0	0	0	0	—
------	---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日	年 月 日
葬祭日	年 月 日
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
その他	
葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と異なる場合は住所氏名等必ず記入。
住所	
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（ ）内に記入してください。

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本店支店 ()		預 金 種 別	普 通 当 座 ()	確認 済・無
			金融機関コード	支店コード			
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。							
口座番号(右詰)							
				記号・番号			
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、姓と名の間は1マスあけてください。							
口座名義人 (カタカナ)							

上記のとおり、関係書類を添えて葬祭費の支給を申請します。

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒 —)

住所 _____

氏名 _____ 死亡者との関係 _____

電話番号 _____