

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日

決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 2 8 2 0 2 5

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		大正・昭和 年 月 日					
死亡年月日		令和 年 月 日					
死亡の場所		1 病院 2 自宅 3 その他()					
死亡の原因		1 病気 2 交通事故(相手あり・相手なし) 3 その他()					
その他							
葬 祭 (喪 主 執行 者)	葬祭日	令和 年 月 日					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					

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。

振込先	銀 行 信用金庫・組合 協同組合 ()	本店			預金種別 1 普通 2 当座 4 貯蓄
		支店	出張所	()	
口座番号等 右づめで記入してください					
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。

上記のとおりに申請します。					
令和 年 月 日					
兵庫県後期高齢者医療広域連合長様 〒 -					
申請者 (喪主)	住所				
氏名					
死亡者との続柄					
連絡先電話番号					

※ 代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

届出者
(窓口に来られた方)

住所

氏名

死亡者との続柄

連絡先電話番号

市町職員 記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()		