

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 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"/> 申請者と同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

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 支店 出張所 ()	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号等 <small>右づめで記入してください</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。

令和 年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長様 干

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()		