

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	3	4				
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	一
------	--	---	---	---	---	---	---	---

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	☐ 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				預 金 種 別	普 通 当 座 ()			
			支 店								
			()								
		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		※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。					
口座名義人 (カタカナ)		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。									

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。

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