

**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 額

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日			
死亡年月日			
葬祭日			
死亡の原因	1:第三者行為(交通事故等) 2:単独事故(運転・同乗) 3:その他(疾病等)		
葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※ 葬祭執行者と申請者が同じ場合、この欄の住所、 氏名、連絡先の記入は不要です。		
住 所			
氏 名			
連 絡 先			

該当するものに○をつけてください。該当するものが無い場合は()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 ()						預 金 種 別	普通 當 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい									
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。

私は上記被保険者死亡に伴う葬祭を執り行ったことに間違いなく、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____