

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。該当するものがない場合は()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 当 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詰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 | |