

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	3	4	2	0	2	7
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	—
------	---	---	---	---	---	---	---

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	令和 年 月 日
葬祭日	令和 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	<input type="checkbox"/> 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	銀行 組合 協	本店支店 ()	預金種別	普通 当 座 ()
※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)				
		※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。		
記号・番号				
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。				
口座名義人 (カタカナ)				

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。
 令和 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 _____