

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									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給金額									-
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の場所		
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	葬祭日	年 月 日
	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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_