

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日

決定日 平成 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										
死亡年月日										
死亡の場所										
死亡の原因										
その他										
葬祭執行者	葬祭日									
	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 <small>左詰記載して下さい</small>									
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。

上記のとおり申請します。

平成 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 _____