

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	

振込先	銀行 信用協 同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別 普通座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)			

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

印

死亡者との続柄

連絡先電話番号