様式第32号（第22条関係）

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	□ 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。

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