

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付印

受付日
決定日

年
年

月
月

日
日

保険者番号

39200099

市町村処理欄

受付

入力

被保険者番号

11111111

支給金額

¥50000-

死亡者の氏名

後期一郎

死亡者の生年月日

昭和16年4月1日

死亡年月日

令和5年3月20日

死亡の原因

1：第三者行為（交通事故等）2：その他（疾病等）自損事故

※葬祭執行者

葬祭日

令和5年3月22日

住所

葬祭執行者と申請者が同一人の場合は、「申請者と同じ」に○をしてください。その場合、葬祭執行者欄の住所、氏名、電話番号の記入は不要です。

氏名

申請者と同じ

電話番号

申請者と同じ

※葬祭執行者と申請者が同一人の場合は左記欄への記入は不要です。下記へ○をしてください。

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

本所・支所

（ ）

預金種別

普通当座

（ ）

口座番号

9999999

口座名義人（カタカナ）

コウキイチコ

「葬祭執行者」と「口座名義人」が違う場合は、委任状が必要です。

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。

令和5年4月1日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

※申請者

〒000-0000

申請者は葬祭執行者です。

住所

長野県広域市広域連合1番地

氏名

後期一子

死亡者との続柄

妻

電話番号

000-000-0000