

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額

¥ 2 0 0 0 0

死亡者の氏名										
死亡者の生年月日	明・大・昭 年 月 日									
死亡年月日	年 月 日									
葬祭日	年 月 日									
その他										

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 左詰記載してください													
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。

上記のとおりに申請します。

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長様

〒

申請者 住所

(葬祭執行者)

氏名

死亡者との続柄

連絡先

令和 年 月 日

上記葬祭費の受領に関する一切の権限を に委任します。

委任者 住所

氏名

委任状