

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		¥	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	平成 年 月 日
葬祭日	平成 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																							
口座名義人 (カタカナ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																							

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。

平成 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..... 印

死亡者との続柄.....

連絡先.....

委 任 状	平成 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..... 印
-------------	--

【記入例】

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	1	0	0	0	0	0	0	0	0
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

支給金額	¥	2	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名	広 域 太 郎
死亡者の生年月日	明・大 昭 ** 年 ** 月 ** 日
死亡年月日	平成 ** 年 ** 月 ** 日
葬祭日	平成 ** 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	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	七二八	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		0	1	2	3	0	0	0												
口座名義人 (カタカナ)		コ	ウ	イ	キ			シ	ロ	ウ										

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
 大分県後期高齢者医療広域連合長様

〒 870-0037
 申請者 住所 大分市東春日町 17 番 20 号
 (葬祭執行者)

氏名 広 域 四 郎 印
 死亡者との続柄 子
 連絡先 097-534-1771

委 任 状	平成 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..... 印

※委任状は葬祭執行者と振込先口座の口座名義人が異なる場合に記入をお願いします。