

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.....

委 任 状	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.....