

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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

市町村処理欄			
受		入	
付		力	

被保険者番号	
--------	--

支給金額								—
------	--	--	--	--	--	--	--	---

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年            月            日
死亡年月日		年            月            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	年            月            日
	住 所	※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。 (申請者と同じ)
	氏 名	
	電話番号	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。

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				
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詰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字空けてください。

上記のとおり申請します。

年            月            日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

※申請者                                千                                一

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_