

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付印

受付日 平成 年 月 日

決定日 平成 年 月 日

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

死亡者の氏名			
被保険者番号			
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
死亡年月日	平成	年	月 日
葬 祭 執 行 者	葬 祭 日	平成	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	連 絡 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

振 込 先	銀 行	本 店	普 通	口座番号				
	信用金庫	支 店	当座	口座名義人（カタカナ）				
	農 協	出張所	その他					
()	※金融機関コード	支 所	()					

※欄は記入しないでください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。
 なお、この葬祭費の支給に関して、異議が生じた場合、申請者の責任において解決することを誓約します。

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様 平成 年 月 日

申請者 〒 —

(葬祭執行者)

住所 _____

氏名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

連絡先（電話）() _____

受 付
入 力
確 認

葬祭執行者確認欄	1. 会葬礼状 2. 葬儀費用にかかる領収書等 3. その他()	確認者印
----------	-----------------------------------	------