

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付印

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

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

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

死亡者の氏名					
被保険者番号					
死亡者の生年月日		年		月 日	
死亡年月日		年		月 日	
葬 祭 執 行 者	葬 祭 日	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			
死 亡 の 原 因		1. 第三者行為（交通事故等） 2. その他（自損事故・疾病等）			

振 込 先	銀 行 信用金庫 農 協 ()	本店	普通	口座番号						
		支店	当座	口座名義人（カタカナ）						
		出張所 支所	その他							
		※金融機関コード								
				()						

※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 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