

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

支給額

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	
死亡年月日	
葬祭日	
死亡の原因	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 単独事故(運転・同乗) 3: その他(疾病等)
葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※ 葬祭執行者と申請者が同じ場合、この欄の住所、氏名、連絡先の記入は不要です。
住 所	
氏 名	
連 絡 先	

振込先	銀行 信用協 同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()

口座番号等
左記記載して下さい

口座名義人
(カタカナ)

私は上記被保険者死亡に伴う葬祭を執り行ったことに間違いなく、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____