

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

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	☐ 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	

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 信用組合 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 左記記載して下さい									
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。

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。

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