

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 金 額 ¥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の場所		
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）
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	電話番号	

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別 ( )	普通当座貯蓄 ( )
口座番号 左詰記載して下さい				
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日  
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様  
(〒 - )

申請者 (葬祭執行者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。  
上記、葬祭費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

委任状

年 月 日  
申請者 (葬祭執行者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_