

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0 -

被 死 保 亡 し た	被保険者番号					
	氏名					
	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		1. 自宅 2. 病院 3. 介護施設 4. その他 ()				
死亡の原因		1. 第三者行為 (交通事故等) 2. その他 (疾病・自損事故等)				
葬祭日		年	月	日		
葬 祭 執 行 者	住所					
	氏名					
	電話番号					
備考						

振 込 先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 貯 蓄 ()
	金融機関コード		支店コード		
口座番号 (右づめ)					
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)					

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名 (漢数字3桁)・預金種目・口座番号 (数字7桁)」 (通帳見開き下部) を記入してください。
 ※ 口座名義人は、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、葬祭費の支給を申請します。

岡山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 _____

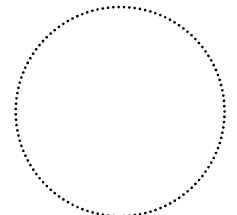
氏名 _____ ⑥ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

死亡者との関係 _____

電話番号 _____

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受 領 委 任 状	上記、葬祭費受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。		年 月 日
	委任者 (申請者)	氏名	⑥
	受領代理者	住所	
		氏名	⑥



市町村受付日
年 月 日