

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

支 給 金 額	¥	5	0	0	0	0	-
---------	---	---	---	---	---	---	---

死亡した 被保険者	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。
 なお、他に葬祭執行者を申し立てる者がいる場合は、私(申請者)が責任を持って異議のないように処置いたします。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

〒 ー

申請者 住所

(葬祭執行者) 氏名

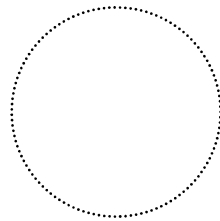
死亡者との関係

電話番号

※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

↓ 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	⑨
	受領 代理者	住所	
氏名		⑨	



市町村受付日
年 月 日