

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 3 9 1 7 2 0 6 9

被保険者番号

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		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	
	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 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()		預金種別 ()	普通座 ()
口座番号等 左詰記載してください					
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

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所

氏名

死亡者との続柄

連絡先

※葬祭執行者以外の方へのお振込をご希望の場合は、必ず委任状にも署名押印のうえ提出ください。