

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日

決定日 令和 年 月 日

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		平成・令和 年 月 日
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）
葬祭執行者	葬祭日	平成・令和 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。

令和 年 月 日

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長 干 -

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____

以下の欄には、葬祭執行主以外の方が申請・代理受領する場合のみ記入してください。

委任状

葬祭費の申請・受領について、次の者に委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所 _____

受任者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

氏名 _____

委任者との続柄 _____