

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。

年 月 日

申請者 (葬祭執行者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

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 00000000
支給金額 ¥50,000

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: 死亡者の氏名 (広域 太郎), 死亡者の生年月日 (昭和3年1月1日), 死亡年月日 (平成30年4月14日), 死亡の場所 (自宅), 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, 葬祭日 (平成30年4月16日), 住所 (〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地), 氏名 (広域 一朗), 連絡先 (〇〇〇-〇〇〇-XXXX).

負傷や発病の理由が第三者によるものである場合は「1」、その他の場合(自損事故や疾病等)は「2」に○をしてください。

2: その他 (自損事故・疾病等)

・申請者の口座を記入し、通帳のコピーを添付してください。(名義人はカタカナでの記入、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。)
・申請者と異なる名義の口座に振り込むときは委任状欄を記入してください。

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

Table for bank information: 振込先 (銀行 信用金庫 信用組合 協同組合), 口座名 (広域 岡山), 預金種別 (普通 当座 貯蓄).

口座番号等 左詰記載して下さい 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人 (カタカナ) コウイキ イチロウ

申請者は葬祭執行者(喪主)と原則同一人物となります。申請年月日と住所氏名等の記入、押印(認印可)をしてください。

上記のとおり申請します。平成30年5月1日 岡山県 後期高齢者医療広域連合長様 (〒 000-0000) 申請者 (葬祭執行者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 広域 一朗 (印) 死亡者との続柄 長男 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-XXXX

委任状 ※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。 年 月 日 申請者 (葬祭執行者) 住所 氏名 印 代理人 住所 氏名 印