

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 <small>左詰記載して下さい</small>				
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 ※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。
 死亡者との続柄 _____
 電話番号 _____

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	_____	_____ 印
	代 理 人	住所	_____	_____ 印