

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 _____
		氏名 _____ 印
	代理人	住所 _____
		氏名 _____ 印