

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 0 7

被保険者番号

支給金額

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	交通事故 ・ その他
その他	

葬祭年月日	年 月 日
葬祭執行者の氏名	

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。
葬祭執行者以外の名義の口座への振込を希望する場合は、必ず最下段の「受領委任欄」に委任する旨を記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店	預金種別	普通 当座 ()
		支店 出張所		

口座番号 (カタカナ) ※口座番号は7桁記入願います。
(例 1234 → 0001234)

口座名義人

上記のとおり申請します。

年 月 日	受付	入力	照合
-------	----	----	----

申請者 (葬祭執行者) 印
住 所
氏 名 印
死亡者との続柄
電話番号 ()

受領委任欄	年 月 日 委任者 住 所
	氏 名 印
	私 (申請者) は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。
	受任者 住 所
	氏 名