

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 | 3 | 2 |  |  |  |  |
|-------|---|---|---|---|--|--|--|--|

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者番号 |  |
|--------|--|

|      |               |
|------|---------------|
| 支給金額 | ¥ 3 0 , 0 0 0 |
|------|---------------|

|          |     |   |
|----------|-----|---|
| 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   |
| 死亡理由     |     | 1 : 私傷病 ( 疾病 ・ 自損事故等 )      2 : 第三者行為 ( 交通事故被害等 ) |
| その他      |     |   |
| 葬祭執行者    | 葬祭日 | 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   | 本店・支店<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座<br>( ) |
|                     | 信用金庫 |              |      |                 |
|                     | 信用組合 |              |      |                 |
|                     | 協同組合 |              |      |                 |
|                     | ( )  |              |      |                 |
| 口座番号等<br>左詰記載してください |      |              |      | 市町村<br>確認欄      |
| 口座名義人<br>(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             |         |
| 島根県後期高齢者医療広域連合長 様 |         |
| 申請者               | 〒       |
|                   | 住 所     |
|                   | 氏 名     |
|                   | 死亡者との続柄 |
|                   | 連絡先     |