

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	
------	--

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座 ( )
	口座番号等 左詰記載してください			市町村 確認欄
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

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 干 住所

氏 名 氏名 (印)

死亡者との続柄

連絡先