

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 2 8 2 0 6 6

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		
死亡年月日		
死亡の場所		
死亡の原因		1.病気 2.交通事故(相手あり・相手なし) 3.その他()
その他		
葬 祭 執 行 者	葬 祭 日	令和 年 月 日
	住 所	☐ 申請者に同じ
	氏 名	☐ 申請者に同じ
	連 絡 先	☐ 申請者に同じ

※ 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。

振 込 先	銀 行 信用金庫・組合 協 同 組 合 ()	本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	1 普 通
				2 当 座
口座番号等 (右づめで記入してください)				4 貯 蓄
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

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 干 -

申請者

住 所

(喪主又は代理人※)

氏 名

死亡者との続柄

連絡先電話番号

※ 代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。