

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	9	3	6	3	4

被保険者番号								
支給金額			3	0	0	0	0	円

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
死亡の原因		1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)	
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・支所				預金種別	普通 当座 その他
口座番号等 左詰記載して下さい							
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。 濁音・半濁音は1字として、姓と名の間は1字あけてください。					申請者以外の口座を指定する場合、申請者との続柄		

上記のとおり申請します。
申請者名と振込口座名義が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。
また、今後、死亡者に対して後期高齢者医療給付費(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)が発生した場合、上記口座に振り込むことに同意します。

年 月 日
奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

療養費等は相続人でない方
には支給できません。

申請者 住 所

氏 名

死亡者との続柄

連絡先電話番号