

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 信用組合 協同組合 ()	本店 支店・支所				預金種別	普通 当座
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。					申請者以外の口座を指定する場合、申請者との続柄		

上記のとおりに申請します。

年 月 日

奈良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

連絡先電話番号

後期高齢者医療口座変更届（相続人）

被保険者番号	
被保険者氏名	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支所 支店・支所	預金種別	普通 当座	※この欄は、市町村または広域連合で使 用しますので、記入しないでください。									
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。														

後期高齢者医療に関わる

- ☐ 高額療養費
☐ 療養費
☐ 高額介護合算療養費
☐ 高額療養費(外来年間合算)

の振込口座について、上記に変更することを申請します。

令和 年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者(相続人)

住 所

氏 名

電話番号

(委任状)

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任します。

令和 年 月 日に申請した療養費等の受領に関すること。

申請者の

住 所

氏 名

印

代理人の

住 所

氏 名

電話番号