

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 2 8 2 0 4 1

被 保 険 者 番 号

支 給 金 額 ¥ 5 0 0 0 0 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
死亡年月日	令和 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(喪主)	葬 祭 日	令和 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者欄に同じ
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者欄に同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者欄に同じ
	死亡者との続柄	<input type="checkbox"/> 申請者欄に同じ
	連絡先(TEL)	<input type="checkbox"/> 申請者欄に同じ

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
				4 貯蓄
口座番号等 右づめで記入してください				
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。
令和 年 月 日
兵庫県後期高齢者医療広域連合長様 干 -
申請者 住所 _____
(喪主又は代理人※) フリガナ _____
氏 名 _____
死亡者との続柄 _____
連絡先(TEL) - - _____

※代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

受付印