

# 後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

被保険者番号	0						
--------	---	--	--	--	--	--	--

支給金額	¥	5	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---

該当するものを選んでください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明・大・昭 年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の場所		
死亡の原因		<input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等)以外
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。⇒			
口座番号				
口座名義人(カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり被保険者の葬祭を行ったため、証拠書類を添えて葬祭費の支給を申請します。また、他の者が葬祭を行ったと申し立てて権利を主張した場合は関係者間で解決することを誓約します。

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_