

# 後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	3	4					
被保険者番号									
個人番号									

受付時使用欄			
受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
システム 入力者		システム 確認者	

支給金額		¥	3	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	平成 年 月 日
葬祭日	平成 年 月 日
その他	
葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と異なる場合は住所氏名等必ず記入。
住所	
氏名	
電話番号	

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（ ）内に記入してください。

振 込 先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本 店 支 店 ( )	預 金 種 別	普 通 座  ( )
			金融機関コード	支店コード	
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。			※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。		
口座番号(右詰)		記号・番号			
口座名義人 (カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マスあけてください。				

上記のとおり、関係書類を添えて葬祭費の支給を申請します。  
平成 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等  
(〒 - )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

死亡者と  
の関係

印