

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

被 保 険 者 番 号								
支 給 金 額	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">¥</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">-</td> </tr> </table>	¥	5	0	0	0	0	-
¥	5	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		年	月	日		
死亡の場所						
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）			
その他						
葬祭執行者	葬祭日		年	月	日	
	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 ()	預金種別	普通当座貯蓄 ()
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>				
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。

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

(〒 -)

申請者 (葬祭執行者) 住所 _____

氏名 _____ 印 ※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____

委任状	※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。 上記、葬祭費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。	
	年 月 日	
	申請者 (葬祭執行者)	住所 _____
		氏名 _____ 印
	代理人	住所 _____
		氏名 _____ 印