

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

支 給 金 額 ¥ 5 0 0 0 0 0 -

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------|--|---|---|---|--|--|
| 被 死 保 亡 し た | 被保険者番号 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 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 | | 1. 自宅 2. 病院 3. 介護施設 4. その他 () | | | | | |
| 死亡の原因 | | 1. 第三者行為 (交通事故等) 2. その他 (疾病・自損事故等) | | | | | |
| 葬祭日 | | 年 | 月 | 日 | | | |
| 葬 祭 執 行 者 | 住所 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------|---------|----------------------------|----------|-----------------|----------|------------------|-----------------------|
| 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 座 貯 蓄 |
| | 金融機関コード | | | 支店コード | | | () |
| 口座番号 (右づめ) | | | | | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) (左上づめ) | | | | | | | |

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名 (漢数字3桁)・預金種目・口座番号 (数字7桁)」 (通帳見開き下部) を記入してください。
 ※ 口座名義人は、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、葬祭費の支給を申請します。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

〒 - _____

申請者 (葬祭執行者) 住所 _____

氏名 _____

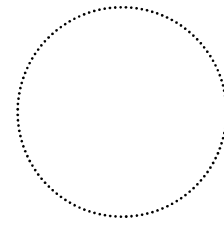
⑩ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

死亡者との関係 _____

電話番号 _____

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

| | | |
|-----------------------|--------------------------------|------------|
| 受 領 委 任 状 | 上記、葬祭費受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。 | |
| | 年 月 日 | |
| | 委任者 (申請者) | 氏名 _____ ⑩ |
| | 受領代理者 | 住所 _____ |
| 氏名 _____ ⑩ | | |



| |
|-----------------|
| 市町村受付日 |
| 年 月 日 |