

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 2 5

被 保 険 者 番 号

支 給 金 額 ￥ 5 0 0 0 0

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	令和 年 月 日
死亡の場所	1 病院 2 自宅 3 その他()
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"/> 申請者と同じ
	氏 名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

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 (喪主) 住 所 _____
氏 名 _____
死亡者との続柄 _____
連絡先電話番号 _____

※ 代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

届出者 (窓口に来られた方) 住 所 _____
氏 名 _____ 死亡者との続柄 _____
連絡先電話番号 _____

市町職員 記入欄	本人確認欄 ・運転免許証 ・旅券(パスポート) ・健康保険証 ・()	確認書類欄