

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	3	9	1	8	2	0	9	2
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---

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		
死 亡 年 月 日		
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)
(葬 祭 執 行 者) (喪 主)	葬 祭 日	令 和 年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

該当するものに○をつけてください。該当がない場合は()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 労働金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所		預 金 種 別	普 通 当 座
口座番号等 左詰めで記載ください				市町担当者 通帳確認印	
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詰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。

上記のとおりに申請します。

☐なお、本申請書に基づく葬祭費の受領を上記振込先の名義人に委任します。

(※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、☐にレ点をつけて下さい。)

年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者(葬儀執行者(喪主)) 住 所

氏 名

死亡者との続柄

連絡先

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

広域連合受付印	市町受付印