

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号 3 | 9 | 3 | 9 | 4 | 0 | 3 | 6

被保険者番号

支給額 ¥ 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | —

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		
死亡年月日		
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	平成 年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

振込先	銀 信 用 協 同 組 合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

上記のとおり申請します。私は上記被保険者死亡に伴う葬祭を執り行ったことに間違いなく、葬祭費を受領することについて他者より広域連合の異議等があり、紛争が生じた場合には、私の責任において紛争の解決にあたり、広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。

平成 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所

氏 名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

連 絡 先 _____