

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

被保険者番号

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0 ー

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
葬祭執行者	葬祭日	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 (普通座)
口座番号等 左詰記載してください			
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。

平成 年 月 日

石川県後期高齢者医療広域連合長様 印

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____