

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

被保険者番号

支給金額 ¥ 5 0 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
死亡の場所	
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）
その他	
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。

年 月 日
(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____