

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付印

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	2	0	2	0	9	8
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

市町村処理欄	
--------	--

受付		入力	
----	--	----	--

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	大正・昭和	年	月 日
死亡年月日	平成・令和	年	月 日
死亡の原因	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(疾病等・自損事故)		
※ 葬祭執行者	葬祭日	平成・令和	年 月 日
	住所	※葬祭執行者と申請者が 同一人の場合は左記欄 への記入は不要です。 下記へ○をしてください。  申請者と同じ	
	氏名		
	電話番号		

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	本店・支店		預金種別	普通 当座
	信用金庫	本所・支所			
	信用組合	( )			
	協同組合				
	( )				
口座番号					
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

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

※申請者 ー ー

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_