

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 39233614

被保険者番号

支給金額

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日	年 月 日	
死亡年月日	年 月 日	
死亡の場所		
死亡の原因		
(喪主)	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

該当するものに○をつけて下さい。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 協同組合 ()	本店・支店 ()						預金種別	普通座 ()
口座番号 左詰記載して 下さい									
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長様

申請者 住所 _____

氏名 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____

葬祭執行者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印をして下さい。

(委任欄)

私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。

この申請に基づく葬祭費の受領に関すること。 葬祭執行者 _____

代理人(住所) _____ (氏名) _____

(申請者との関係) _____

市区町村確認欄

受		入		確	
付		力		認	

広域連合確認欄

確		訂	
認		正	

確認書類
会葬礼状 火葬許可証
死亡診断書 領収書