

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

保険者番号	被保険者番号
支給金額	円						
死亡者の氏名	男・女						
死亡者の生年月日	年 月 日						
死亡年月日	年 月 日						
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)による <input type="checkbox"/> その他						
葬祭日	年 月 日						
口座振込先	金融機関名					口座種別	
	銀行・信用金庫 農協・信用組合			店		普通・当座	
	口座番号			フリガナ			
			口座名義人			
申請者と口座名義人が違う場合 上記名義人の口座への振込みを承諾します。 申請者 氏 名 ㊟							
上記のとおり申請します。 年 月 日 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 申請者(葬祭執行者) 住 所 氏 名 ㊟ 死亡者との続柄 電 話 () -							
葬祭執行者の確認書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 葬儀の領収書 <input type="checkbox"/> その他()					確認者	