

## 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									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

死亡者の氏名				
死亡者の生年月日				
死亡年月日				
死亡の場所				
死亡の原因	1.病気 2.交通事故(相手あり・相手なし) 3.その他(        )			
その他				
葬祭執行者	葬 祭 日	年	月	日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	連 絡 先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		

※ 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。

振 込 先	銀 行 信用金庫・組合 協 同 組 合 (        )	本 店 支 出 張 所 (        )	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄
	口座番号等 (右づめで記入してください)			
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	
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛                    干                    -	
申請者	住 所
(喪主又は代理人※)	氏 名
	死亡者との続柄
	連絡先電話番号

※ 代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。