

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円

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
死亡の原因	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(自損事故・疾病等)		
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 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	普通当座 ()
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
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・半濁点は字として、姓と名の間は 字あけてください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

また、今後、上記の死亡者に係る療養費等(高額療養費、補装具、標準負担額差額等)の支払いが発生した場合、上記葬祭費振込口座に振込まれることに【 同意します・同意しません 】

なお、他の相続人等から葬祭費、療養費等の異議申し立てがあった場合は、私の責任において、解決することを誓約します。

年 月 日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長様

申請者	住 所
	氏 名
	印
	死亡者との続柄
	連絡先