様式第1号（第2条関係）

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○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 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 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

死亡者との続柄

連絡先

公簿確認	