

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 3 9 2 8 2 1 9 9

被 保 険 者 番 号

支 給 金 額 ￥ 5 0 0 0 0 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和・(西暦) 年 月 日
死亡年月日		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	本店	預金種別	1 普通
	信用金庫・組合	出張所		2 当座
	協同組合	()		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

後期高齢者医療広域連合長様 干 -

申請者 住 所 _____

(喪主又は代理人※) 氏 名 _____ 印

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。

	送付先登録	後期保険料	国保税	添付書類	受付
三 田 市 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 申請あり	<input type="checkbox"/> 還付口座申請受付	<input type="checkbox"/> 納付書手渡	【喪主確認】 <input type="checkbox"/> 領収証・明細書 <input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 申立書	給付 () 資格 ()
	<input type="checkbox"/> 申請なし	<input type="checkbox"/> 納付書手渡 <input type="checkbox"/> 納付書止め <input type="checkbox"/> 口座止め	<input type="checkbox"/> 納付書止め <input type="checkbox"/> 口座止め	【証回収】 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ※振込先喪主以外 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人確認書類	