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		￥50000-

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	□ 申請者に同じ
	氏名	□ 申請者に同じ
	連絡先	□ 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 支店 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。

上記のとおりに申請します。

年　　月　　日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛　　〒　　－

申請者（喪主又は代理人※）

住 所

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。