

## 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 3901

被保険者番号

支給金額 30000

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	
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

該当するものに○を付けてください。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 本 所 支 店 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座 ( )
口座名義人 (カタカナ)	.....			
口座番号等 左詰めで記載	金融機関 ( ゆうちよ銀行以外 )	.....		
	ゆうちよ銀行 ※ 振込用の店番(3桁)・口座番号(7桁)が必要です。	店 番	口 座 番 号	
		.....	.....	

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1字として、姓と名の間は1字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 (〒 \_\_\_\_\_ )

---

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

---

電話番号 \_\_\_\_\_