

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 0 6 6
-------	-------------------------------

被 保 険 者 番 号	
-------------	--

支 給 金 額	¥	5 0 0 0 0 -
---------	---	-----------------------

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	連 絡 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

※ 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	<input type="checkbox"/> 1 普 通 <input type="checkbox"/> 2 当 座 <input type="checkbox"/> 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	
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 〒 -	
申請者	住 所
(喪主又は代理人※)	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。