

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

記入例

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 2 8 2 0 1 7

被保険者番号 12345678

支給金額 ￥ 5 0 , 0 0 0 -

死亡者の氏名	姫路 太郎	亡くなられた被保険者の氏名、 生年月日、死亡日、死亡場所を 記入
死亡者の生年月日	昭和4年1月1日	
死亡年月日	令和X年5月1日	
死亡の場所	広域病院	
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		いずれかに○をつける

葬祭 執行者	葬 祭 日	令和X年5月3日	葬祭日、葬祭執行者(喪 主)の住所、氏名、連絡先 を記入 申請者と同じ場合は□に チェックを入れる
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 姫路市安田4丁目1番地	
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 姫路 一郎	
	連 絡 先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 079-221-2315	

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	支店		2 当座
	協同組合	出張所		4 貯蓄
	( )	( )		

口座番号等 右づめで記入してください	9 9 9 9 9 9 9	振込先の金融機関名、 支店名、種別、口座番号、 口座名義人を記入
口座名義人 (カタカナ)	ヒメシ " イチロウ	

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。

令和 X年 6月 1日  
兵庫県後期高齢者医療広域連合様 〒 670 - 8501

申請者 住所 姫路市安田4丁目1番地  
(喪主又は代理人※) 氏名 姫路 一郎  
死亡者との続柄 長男  
連絡先電話番号 079-221-2315

※代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

申請者の住所、氏名、  
続柄、電話番号を記入