

# 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	¥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和 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。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・支店 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座 貯 蓄 ( )
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>				
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

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

( 〒 - )

申 請 者 (葬祭執行者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

委 任 状	申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。 上記、葬祭費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。	
	年 月 日	
	申 請 者 (葬祭執行者)	住所 _____
		氏名 _____ 印 _____
	代 理 人	住所 _____
		氏名 _____ 印 _____