

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 39012315

被保険者番号

支給金額 30,000円

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	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
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()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀行	本店	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
	信用金庫	本所		
	信用組合	支店		
	協同組合	()		
	()			
口座番号 左詰めで記入				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番(3桁)を記入してください。
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 宛

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 _____ 死亡者との続柄 _____

電話番号 _____