

## 後 期 高 齢 者 医 療 書 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	1	4	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者 番 号	
-------------	--

支 給 金 額	¥ 5 0 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"/> 申請者に同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	連 絡 先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ

※ 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	1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄
	口座番号等 (右つ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つ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。