

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

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	
	連絡先	

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 ()

口座番号等
左請記載して下さい

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 字として、姓と名の間は 字あけてください。

上記のとおり申請します。 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 郵便番号 住所

氏 名 印

死亡者との続柄 連絡先電話番号

委任状欄	年 月 日 (口座名義人) 上記葬祭費の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。 委任者 住 所 _____ (申請者) 氏 名 _____ 印
------	---