

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 左記記載して下さい							
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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日

申請者 郵便番号

住 所

氏 名

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

(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)