

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日
決定日 平成 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		平成 年 月 日
葬祭執行者	葬 祭 日	平成 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 その他
	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。

平成 年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____