

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
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
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 其 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。

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 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

市町村 確認欄	葬祭執行者(喪主) 確認書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 葬儀日程表 <input type="checkbox"/> 葬儀の領収書(喪主記載あり) <input type="checkbox"/> 訃報広告 <input type="checkbox"/> 訃報記事 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	確認者
------------	-------------------	---	-----