

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3	9	2	1	2	0	4	8	被保険者番号									
支給金額	50,000 円																	
死亡者の氏名	男 ・ 女																	
死亡者の生年月日	年 月 日																	
死亡年月日	令和 年 月 日																	
死亡の原因	1 第三者行為（交通事故等） 2 その他（疾病等・自損事故）																	
葬祭日	令和 年 月 日																	
口座振込先	金融機関名										口座種別							
	銀行・信用金庫 農協・信用組合 ()										普通・当座 ()							
	口座番号 ※7桁右詰										フリガナ							
											口座名義人							
上記のとおり申請します。 なお、この葬祭費の申請及び受領について、第三者から異議が生じた場合、私の責任において問題の解決にあたることを誓約します。																		
令和 年 月 日 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 死亡者との続柄 電 話 () -																		

葬祭執行者（喪主）以外の方が申請する場合及び葬祭執行者（喪主）以外の方の口座に振込みを希望される場合は、下記の委任欄に記入をしてください。

委 任 欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
	私はこの葬祭費支給申請書の提出により支給される葬祭費の申請及び受領について、下記の者に委任します。
	委任する人（葬祭執行者）
	住 所
	氏 名
	委任を受ける人
住 所	
氏 名	
委任する人（葬祭執行者）との関係	

市町村確認欄

葬祭執行者の確認書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> 葬儀の領収書	<input type="checkbox"/> その他 ()	確認者	
------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----	--

	受付	入力	確認
市町村			
広 域			

広域連合受付印	市町村受付印