

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	3	9	3	5					被保険者番号								
-------	---	---	---	---	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--

支給金額	¥	5	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名															
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和					年			月			日			
死亡年月日	平成					年			月			日			
葬祭日	平成					年			月			日			
葬祭執行人	☐ 申請者と同じ														
住所															
氏名															
電話番号															

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()										本店 支店・支所 ()				普通 当座 貯蓄	
口座番号 左詰めで記載してください																
口座名義人 カタカナで左上詰めで 記載してください																

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住所

(葬祭執行人) 氏名 印 死亡者との続柄

電話番号

【委任状】

私は、後期高齢者医療葬祭費の受領の権限を次の代理人に委任します。

平成 年 月 日

委任者氏名 印

代理人氏名 委任者との続柄

代理人住所

備考

添付書類 葬祭執行人であることを証する書類の写し