

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

受付日 令和X年 X月 XX日 決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	3	5	2	0	3	4	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------	---	---	---	---	---	---	---	---

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	広城 太郎
死亡者の生年月日	明治・大正 昭和 3 年 3 月 3 日
死亡年月日	令和 2 年 4 月 X X 日
葬祭日	令和 2 年 4 月 X X 日
葬祭執行人	■ 申請者と同じ
住所	
氏名	
電話番号	

振込先	ちょうじゅ	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 <small>左詰めで記載してください</small>	1	2	3	4	5	6	7										
口座名義人 <small>カタカナで左詰めで記載してください</small>	コ	ウ	イ	キ	ハ	ナ	コ										

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 753-0072

申請者 住所 山口市大手町9番11号
(葬祭執行人)

氏名 広城 花子 死亡者との続柄 妻

電話番号 083-921-7113

【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。

年 月 日

委任者氏名

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