

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 | |
| 死亡の場所 | | |
| 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） | |
| その他 | | |
| 葬祭執行者 | 葬 祭 日 | 年 月 日 |
| | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 番 号 | |

| | | | | |
|-----------------|--|-------|------|----------|
| 振込先 | 銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協 () | 本店 | 預金種別 | 普通 当座 |
| | | 支店・支所 | | |
| 口座番号 | | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) | | | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先)静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 () _____ - _____