

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

被 保 険 者 番 号	0								
-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

支 給 金 額		¥	5	0	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	令 和	年	月	日			
死 亡 の 場 所							
死 亡 の 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) ➡ 死亡診断書の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 自損事故(相手のいない交通事故等) <input type="checkbox"/> その他(疾病等)						
そ の 他							
(葬 祭 執 行 者)	葬 祭 日	令 和	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	本 店 ・ 支 店	預 金 種 別	普 通 当 座					
		信 用 金 庫	()							
		信 用 組 合								
		協 同 組 合								
		()								
口 座 番 号 等										
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。

上記のとおりに申請します。

令 和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

住所・連絡先は葬祭執行者(喪主)に同じ

申 請 者 住 所

氏 名

死 亡 者 と の 続 柄

連 絡 先

葬祭執行者に関する事項確認済み

担当者名

㊞

※または故人と葬祭執行者を確認できる書類
(会葬礼状、葬祭領収書)を添付【要内容確認】