

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

支給額 ￥ 5 0 0 0 0 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		
死亡年月日		
第三者行為（交通事故等）の有無		1:あり 2:なし
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	電話番号	

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 ()	預金種別	普通当座 ()

口座番号等 左詰記載してください	
---------------------	--

口座名義人 (カタカナ)	
-----------------	--

口座名義は左からカタカナで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

石川県後期高齢者医療広域連合長 様 印

申請者 住所

氏名

死亡者との続柄

電話番号

以下の欄には、葬祭執行主以外の方が申請・代理受領する場合にのみ記入してください。

委任状

葬祭費の申請・受領について、次の者に委任します。

年 月 日

委任者 住所
氏名

受任者 住所
氏名

委任者との続柄