

入力	受付

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 年 月 日

保険者番号 **39473814**

被保険者番号 **0123456**

支給金額 **¥20000-**

死亡者の氏名	竹 富 竹 男
死亡者の生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日
葬 祭 日	年 月 日
死亡の原因	1. 交通事故 2. 交通事故以外

この申請にかかる一切の責任を負うことに同意のうえ、次のとおり申請します。

○年 ○月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請人 (葬祭執行者)	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 竹富町字竹富〇〇番地		
	氏名	竹富 竹子 印		
	連絡先	0980-00-0000	死亡者との続柄	妻
届出人	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 竹富町字竹富〇〇番地		
	氏名	竹富 花子		
	連絡先	0980-00-0000	死亡者との続柄	娘

※申請人（葬祭執行者）以外が届出を行う場合は、届出人欄に記入してください。

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	ゆうちょ	銀行	1 2 3	本店・支店	預 金 種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通			
		信用金庫 協同組合	3ケタの数字	()		当座 その他			
口座番号等 左詰記載して下さい	0	1	2	3	4	5	6	7	ケタの数字
口座名義人 (カタカナ)	タ	ケ	ト	ミ	タ	ケ	コ		

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、氏と名の間は1字あけてください。

※申請者（葬祭執行者）以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。