

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 3 9 2 6

被保険者番号

支給金額

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	明・大・昭 年 月 日
死亡年月日	年 月 日
死亡の場所	
死亡の原因	
その他	
葬祭執行者	葬祭日 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 信用金庫 信用組合 協同組合	本店・支店 ( )					預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号 左詰め記載								
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詰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。

上記のとおり申請します。  
年 月 日  
(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長  
申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_