

後期高齢者医療  
葬祭費支給申請書

受付印

受付日 令和 年 月 日  
決定日 令和 年 月 日  
保険者番号 3 9 2 6 3 0 3 3

被保険者番号

支給金額

¥ 5 0 0 0 0 -

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	平成・令和 年 月 日
死亡の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院名: ) <input type="checkbox"/> その他( )
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等)以外
その他	
葬祭日	平成・令和 年 月 日
葬祭執行者	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	連絡先電話番号 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

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)								

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

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字空けてください。

上記のとおり被保険者の葬祭を行ったため、証拠書類を添えて葬祭費の支給を申請します。また、他の者が葬祭を行ったと申し立てて権利を主張した場合は関係者間で解決することを誓約します。

令和 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

死亡者との関係

連絡先電話番号

- 添付書類: 葬祭を行ったことが確認でき、喪主が確認できるもの(会葬礼状、葬儀の領収書等)
- 喪主以外が申請・受領する場合は、裏面の委任状を記入してください。

本人確認	受付
免・証・バ・住 ・他( )	

委任状
-----

【委任者】(喪主)

氏名	
住所	

私は、葬祭費の(申請・受領)を、下記代理人に委任します。

【代理人】

氏名		委任者との 関係	
住所			