

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

平成

年

月

日

支	給	金	額		¥	3	0	0	0	0	0	—	
保	険	者	番	号									
被	保	険	者	番	号								
被	保	険	者	(死 亡 者)	氏 名								
生	年	月	日	明治・大正・昭和 年 月 日									
死	亡	年	月	日	平成 年 月 日								
葬	祭	を	行	っ	た	日	平成 年 月 日						
資	格	取	得	年	月	日	平成 年 月 日						
そ	の	他											
振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 ()	本店 支店 ()	種 目	口 座 番 号									
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他										
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ										
			口座名義人										
上記のとおり葬祭費の支給を申請します。 なお、この葬祭費の支給に関して、後日トラブルが発生した場合には、 その一切の責めを負います。 年 月 日 香川県後期高齢者医療広域連合長 殿 〒 — 申 請 者 住 所 (葬祭を行った者) 氏 名 ⑩ 死亡者との続柄 電 話 番 号													

以下の欄には、記入しないでください。

確 認 欄	1 会葬礼状	4 その他 ()	確認者印
	2 領収書		
	3 埋火葬許可証		