

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

被 保 険 者 番 号

支 給 金 額

死亡者の氏名	淡路 太郎	
死亡者の生年月日	昭和10年10月10日	
死亡年月日	令和8年●月●日	
死亡の場所	例) 病院、自宅	
死亡の原因	1 病気 2. 交通事故(相手あり・相手なし) 3. その他()	
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	令和 8 年 ● 月 ● 日
	住 所	☒ 申請者に同じ
	氏 名	☒ 申請者に同じ
	連 絡 先	☒ 申請者に同じ

※ 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。

振 込 先	● ●	銀 行	本 店	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄
		信用金庫・組合 協 同 組 合 ()	支 店 出張所 ()		
口座番号等 (右づめで記入してください)		0 1 2 3 4 5 6			
口座名義人 (カタカナ)	アフジ	ハナコ			

※ 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、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。

令和●年●月●日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒 123 - 4567

申請者

住 所

淡路市生穂新島●番地

(喪主又は代理人※)

氏 名

淡路 花子

死亡者との続柄

妻

連絡先電話番号

0799-64-0000

※ 代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

喪主の口座情報

喪主の情報