

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	
死亡者の生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日
死亡の原因	1：第三者行為(交通事故等) 2：その他(自損事故・疾病等)
葬祭日	年 月 日

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 信用金庫 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号等 右詰記載してください	店番	口座番号		
郵便局(ゆうちょ銀行)をご指定の場合 (右詰記載してください)	記号	番号		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 _____
(葬祭執行者)

住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____