

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号	
支 給 金 額	50,000 円		
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（疾病等・自損事故）
葬 祭 日	年	月	日
口 座 振 込 先	金融機関名		口座種別
	銀行・信用金庫 農協・信用組合 ()		普通・当座 ()
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	
<p>上記のとおり申請します。 なお、この葬祭費の申請及び受領について、第三者から異議が生じた場合、私の責任において問題の解決にあたることを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 郵便番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>死亡者との続柄</p> <p>電 話 () -</p>			

葬祭執行者（喪主）以外の方が申請する場合は、下記の委任欄にも記入をしてください。

委 任 欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
	私はこの葬祭費支給申請を下記の者に委任します。
	委任する人（葬祭執行者）
	住 所
	氏 名
	委任を受ける人
住 所	
氏 名	
委任する人（葬祭執行者）との関係	

市町村確認欄

葬祭執行者の確認書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> 葬儀の領収書	<input type="checkbox"/> その他 ()	確認者	
------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----	--

広域連合受付印	市町村受付印