後　期　高　齢　者　医　療
葬　祭　費　支　給　申　請　書

受付日　令和　　年　　月　　日
決定日　令和　　年　　月　　日

保険者番号								

被保険者番号	

支給金額		¥	2	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	年　　月　　日
葬祭日	年　　月　　日
その他	

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 （　　）
口座番号等 左詰記載してください				
口座名義人 （カタカナ）				

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。

上記のとおりに申請します。

令和　　年　　月　　日
大分県後期高齢者医療広域連合長様

〒　　－

申請者
（葬祭執行者）

住　所

氏　名

死亡者との続柄

連絡先

委任状	令和　　年　　月　　日 上記葬祭費の受領に関する一切の権限を　　に委任します。 委任者　住所 氏名