

## 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	
死亡の場所		
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)	
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	年        月        日
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	

振込先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協 (                    )	本店 支店・支所	預金種別	普通 当座
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				

上記のとおり申請します。

年    月    日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者                    住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 (            ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_