様式第24号（第14条関係）

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）				

上記のとおりに申請します。

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　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿