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	￥50,000 －

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）
葬祭執行者	葬祭日	年　月　日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1：普通 2：当座 3： 4：	銀行　支店・本店 農協　支店・本店 信組　支店・本店 金庫　支店・本店
	金融機関コード	□□□□－□□□			
	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

秋田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
電話番号

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。　年　月　日	
	申請者（葬祭執行者）　氏名　㊞	
	代理人の氏名	（フリガナ） ㊞
	代理人の住所	郵便番号　□□□－□□□□