

# 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	銀行	支店・本店	
					2：当座	農協	支店・本店
					3：	信組	支店・本店
	金融機関コード			4：	金庫	支店・本店	
	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                    住 所 \_\_\_\_\_  
 (葬祭執行者)            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                    氏名 (葬祭執行者)	
	代理人の 氏 名	(フリガナ) _____
	代理人の 住 所	郵便番号 _____