

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	3	9	2	7	2	0	5	9
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者番号	
--------	--

支給申請金額		¥	5	0	0	0	0	—
--------	--	---	---	---	---	---	---	---

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
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

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	普通座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい							
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住所

氏名

死亡者との続柄

電話番号

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	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 _____
	(申請者) 氏名 _____ (申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)