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	
	連絡先	

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	店名	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 その他 （　　）

口座番号								網掛け部は記入不要です。	該当するものに○をつけてください。

口座名義（カタカナ）																			

口座名義は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。

上記のとおりに葬祭に関する証拠書類を添えて申請します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛　　年　　月　　日

申請者（葬祭執行者）　郵便番号　　－　　住　所

氏　名　　死亡者との続柄（　　）　連絡先

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記葬祭費の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	受任者（口座名義人） 〒　　－ 住　所 氏　名	委任者（申請者）　（記入日） 年　　月　　日 住　所：　同上 氏　名 申請者が手書きまたは記名押印してください。