

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	

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 当座 ()
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。

上記のとおりに申請します。
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日

申請者 郵便番号 住 所

氏 名

死亡者との続柄 連絡先電話番号

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)