

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日
決定日

年
年

月
月

日
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 郵便番号 - 住 所
(葬祭執行者)

死亡者との
氏 名 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)	委任者(申請者) (記入日)
	〒 - 住 所	年 月 日 住 所： 同上
	氏 名	氏 名 申請者が手書きまたは記名押印してください。