

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日

決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 3 1

被保険者番号

支給金額 ¥ 2 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	大正・昭和 年 月 日
死亡年月日	令和 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）
葬祭日	令和 年 月 日

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。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号等 右諸記載してください	店番	口座番号		
郵便局（ゆうちょ銀行）をご指定の場合 （右諸記載してください）	記号		番号	
口座名義人 （カタカナ）				

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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。

令和 年 月 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 _____
(葬祭執行者)

住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____