後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日　平成　　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		平成　年　月　日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬祭日	平成　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。

平成　　年　　月　　日

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　〒
住　所
氏　名　　印
死亡者との続柄
連絡先電話番号