

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

支 給 金 額	
保 険 者 番 号	
被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 (死 亡 者) 氏 名	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
死 亡 年 月 日	平成 年 月 日
葬 祭 を 行 っ た 日	平成 年 月 日
資 格 取 得 年 月 日	平成 年 月 日
そ の 他	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 ()	本店 支店 ()	種 目	口 座 番 号
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ	
			口座名義人	

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。
 なお、この葬祭費の支給に関して、後日トラブルが発生した場合には、
 その一切の責めを負います。

年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

申 請 者 住 所
 (葬祭を行った者) _____
 氏 名 _____ (印)
 死亡者との続柄 _____
 電 話 番 号 _____

以下の欄には、記入しないでください。

確 認 欄	1 会葬礼状 4 その他 ()	確認者印
	2 領収書 3 埋火葬許可証	