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		￥	5	0	0	0	0	－

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
葬祭執行者	葬 祭 日	年　月　日
	住　　所	
	氏　　名	
	電　　話	

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 協同組合 信用組合 （　　）	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座	捨印 印
口座番号等 左づめ記載して下さい			市町担当者 通帳確認印		
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。

☐なお、本申請書に基づく葬祭費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
（※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、☐にレ点をつけて下さい。）

年　　月　　日

福井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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　　－　　－　　

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

広域連合受付印	市町受付印