

後期高齢者医療  
葬祭費支給申請書

受付日  
決定日

年 月 日  
年 月 日

保険者番号	3	9	2	5	2	0	2	8
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者番号		整理番号	
--------	--	------	--

支給金額	¥	5	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明・大・昭 年 月 日
死亡年月日		年 月 日
資格取得前の保険種別		国保（市町・組合）、被用者保険（本人・扶養）
資格取得前の保険者名		（証番号：）
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	喪主の住所	
	喪主の氏名	
	喪主の電話番号	（ ） -

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（ ）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。

送付先番号	入
-------	---

関係書類は、下記に送付されます。

上記のとおり申請します。  
なお、後期高齢者医療の資格取得前における保険者から葬祭費に相当する給付を受ける場合は、この申請を取り下げます。（滋賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第2条第2項）

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長様

〒 -

申請者（喪主）

住 所

氏 名

印

死亡者との続柄

電話番号

（ ） -

申請者と口座名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなす。

条例2条2項  
確認者

--