

# SAMPLE

## 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 3 9 2 5 2 0 2 8

被保険者番号 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 整理番号

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0

死亡者の氏名	彦根 直政
死亡者の生年月日	明・大・ <u>明</u> 8 年 1 月 1 日
死亡年月日	平成 2 0 年 1 2 月 2 5 日
資格取得前の保険種別	国保 ( <u>市町</u> 組合 ) , 被用者保険 ( 本人 ・ 扶養 )
資格取得前の保険者名	彦根市 ( 証番号 : 滋彦 1 2 3 4 5 6 7 8 9 )
葬祭執行者	葬祭日 平成 2 0 年 1 2 月 2 7 日
	住所 彦根市元町 4 番 2 号
	氏名 彦根 直孝
	連絡先 2 2 - 1 4 1 1

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	九百九十九	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	彦根	本店・支店 ( )	預金種別 普通 当座 ( )
	口座番号等 左記記載して下さい	1 2 3 4 5 6 7			
口座名義人 (カタカナ)	ヒ コ ネ ナ オ タ カ				

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、申請者と葬祭執行者は  
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 彦根市元町 4 番 2 号

氏名 彦根 直孝

死亡者との続柄 子

連絡先 2 2 - 1 4 1 1

申請者と口座名義人が異なる場合

送付先番号 関係書類 申請者と葬祭執行者は  
いっしょにして下さい。

印鑑は必ず必要

彦根 印

電話番号は必ず必要

赤字を記入して下さい