

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 | | 保険者名 | |
| 被保険者番号 | | 支給金額 | ¥ 5 0 0 0 0 ー |

| | | | |
|-------------|------------------------|---|-----|
| 死亡者の氏名 | | | |
| 死亡者の生年月日 | M・T・S | 年 | 月 日 |
| 死亡年月日 | 平成 | 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： | | |

※亡くなられた被保険者の生年月日が昭和8年4月1日以降の場合のみご記入ください。

| | | | | | |
|---------------|------|-----|---|---|---|
| (喪主) 葬祭執行者 | 葬祭日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 電話番号 | () | | | |

| | | | | |
|--------------------|---------|-----------------------------------|-----------------|--|
| 振込先 | | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 () | 本店 支店 () | <small>市町担当課等に通帳を持参し、担当者署名・確認印を受けてください。通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。</small> |
| | 金融機関コード | | 支店コード | 通帳 確認 印 |
| 口座番号等 左詰記載して下さい | | 預金種別 | 普通・当座・() | |
| 口座名義人 (カタカナ) | | | | |

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。口座名義人はカタカナで左詰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。

この申請書提出にあたり、**口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の署名・確認印を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ)を添付してください。**郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印(金融機関の口座開設支店で通帳確認印欄に押印してもらってください)でも可とします。

上記のとおり申請します。
申請にあたり上記内容に相違なく、葬祭を執り行った者であることを誓約します。
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 住所 _____
氏名 _____ ⑩
電話番号 () _____ 死亡者との続柄 _____

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名 | | 本人との続柄 | |
| 届出者住所 | | 届出者電話番号 | |

委任状

上記請求に基づく葬祭費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日 委任者 住所 _____
氏名 _____ ⑩

| | | |
|------|------|--------------|
| 受付入力 | 台帳入力 | 条例2条 2項確認 |
| | | |