

# 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	¥ 50,000 -
------	------------

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	
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）	
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1：普通	銀行	支店・本店	
					2：当座	農協	支店・本店
					3：	信組	支店・本店
					4：	金庫	支店・本店
	金融機関コード						
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおり申請します。

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 (葬祭執行者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	申請者 (葬祭執行者) 氏名	㊟
	代理人の氏名	㊟
	代理人の住所	郵便番号 [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]