

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日

決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 3 1

被保険者番号

支給金額 ¥ 2 0 0 0 0 -

Table with 2 columns: Field Name (死亡者の氏名, 死亡者の生年月日, 死亡年月日, 死亡の原因, 葬祭日) and Value (大正・昭和, 令和, 1: 第三者行為, 令和).

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。

Form for bank details including: 振込先 (銀行/信用金庫/協同組合), 本店支店出張所, 預金種別 (普通/当座/貯蓄), 口座番号等, 店番, 口座番号, 郵便局指定の場合, 記号, 番号, 口座名義人 (カタカナ).

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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。

令和 年 月 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 _____
(葬祭執行者)

住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____