

(様式第32号)

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

被保険者番号

支給金額 ￥500000-

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
死亡年月日	平成	年	月 日
死亡の場所			
死亡の原因			
その他			
(喪祭執行者)	葬祭日	平成	年 月 日
	住所		
	氏名		
	連絡先		

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。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			
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日
山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
死亡者との続柄 _____
連 絡 先 _____

葬祭執行者に関する事項確認済み

担当者名 (印)

※または故人と葬祭執行者を確認できる書類
(会葬礼状、葬祭領収書)を添付【要内容確認】