

入力	受付

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 年 月 日

保険者番号 3 9 4 7 2 0 7 1

被保険者番号	
支給金額	¥20000-

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	昭和 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日
葬 祭 日	年 月 日
死亡の原因	1. 交通事故 2. 交通事故以外

この申請にかかる一切の責任を負うことに同意のうえ、次のとおり申請します。

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請人 (葬祭執行者)	住所	〒 -		
	氏名			
	連絡先		死亡者との続柄	
届出人	住所	〒 -		
	氏名			
	連絡先		死亡者との続柄	

※申請人（葬祭執行者）以外が届出を行う場合は、届出人欄に記入してください。
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 協同組合 ()	本店・支店 ()		預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
口座番号等 左詰記載して下さい					
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、氏と名の間は1字あけてください。
※申請者（葬祭執行者）以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。