

入力	受付

## 【記入例】

### 後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日  
決定日 年 月 日  
保険者番号 3947 2071

後期高齢者医療資格確認書に記載  
されている番号（8ヶタ）をご記入ください。

被保険者番号	01234567
支給金額	¥20000-

死亡者の氏名	石垣 太郎
死亡者の生年月日	昭和〇年〇月〇日
死亡年月日	令和〇年〇月〇日
葬祭日	令和〇年〇月〇日
死亡の原因	1. 交通事故 <input checked="" type="radio"/> 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

喪主・葬儀を執り行った方の情報をご記入ください。

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	〒 907-0002 沖縄県石垣市字真栄里 672 番地	
	氏名	石垣 花子	
	連絡先	0980-87-9040	死亡者との続柄
届出人	住所	〒 907-0002 沖縄県石垣市字真栄里 672 番地	
	氏名	石垣 次郎	
	連絡先	0980-87-9040	死亡者との続柄

※申請人とは別の方が届出するときにご記入ください。

入してください。

（）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	○○○○ (銀行名)	銀行 信用金庫 協同組合 ( )	本店・支店 (支店名)( )	預金種別 普通 当座 その他
	1 2 3 4 5 6 7			
口座名義人 (カタカナ)	イシカキ ハナコ			

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。

申請人名義の口座をご記入ください。

（※申請人以外の口座の場合委任状が必要です。）