

後期高齢者医療  
葬祭費支給申請書

受付印

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 3 8

支給金額 ￥ 2 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名			
被保険者番号			
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和	年 月 日
死亡年月日			年 月 日
葬祭執行者	葬祭日		年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
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）	

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	
	信用金庫	支店	当座	口座名義人（カタカナ）	
	農協	出張所	その他		
	( )	支所	( )		
※金融機関コード					

※欄は記入しないでください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。 なお、この葬祭費の支給に関して、異議が生じた場合、申請者の責任において解決することを誓約します。 愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日 申請者 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (葬祭執行者) 住所 _____ 氏名 _____ 死亡者との続柄 _____ 連絡先（電話）( ) _____	受付
	入力
	確認

葬祭執行者確認欄	1. 会葬礼状 2. 葬儀費用にかかる領収書等 3. その他( )	確認者印
----------	-----------------------------------	------

# 委任状

年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合より支払いを受ける、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)
住所	住所
氏名	氏名

# 念書

年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名
	続柄

年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の表記申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑はおかけいたしません。