

(表)

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

支給金額	一金 30,000 円也
------	--------------

(被保険者) 死亡者	保険者番号	3	9	4	1							
	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名								性別	男 ・ 女		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日										
	死亡年月日	平成 年 月 日										
葬祭執行者	葬 祭 日	平成 年 月 日										
	住 所	〒 - (電話 - -)										
	氏 名	死亡者との関係 ()										
振込先口座	金融機関名				預金種目		口座番号(右詰)					
	銀 行	金 庫	信 用 組 合	農 協 ・ 漁 協	本 店	支 店	支 所	出 張 所	1 普 通	2 当 座	4 貯 蓄	9 そ の 他
	金融機関コード				店舗コード							
	フリガナ											
	口座名義人											

(注) 葬祭執行者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、葬祭費の支給を申請します。

平成 年 月 日	(記入された方) 申請者	住 所	〒 - (電話 - -)
		氏 名	(印) 葬祭執行者との関係 ()

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付日 [H . .]	受付者名 [] ・ 郵送
申請者確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()	
葬祭執行者の確認方法 (右記__番で確認)	①会葬礼状 ②領収書 ③その他 ()	入力日 H . .

〔広域連合処理欄〕 入力日 H . .

(裏)

< 委 任 状 >

私(葬祭執行者)は、次の者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

葬祭執行者	住 所	氏 名

代理人 (口座名義人)	住 所	氏 名