

(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								性別	男・女								
	氏名																	
	生年月日	明・大・昭			年	月	日											
	死亡年月日	平成			年	月	日											
	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）													
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	住所	〒 - (電話 - -)							
(記入された方) 申請者	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葬祭執行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