

(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	2	0	5	1			
	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明・大・昭			年			月		日		
	死亡年月日				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				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					
	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。

年 月 日	(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - -)
		氏名	葬祭執行者との関係 ()

[市町記入欄]

市町(支所)名 []	受付日 [. .]	受付者名 []・郵送
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード等身分証明書の提示 ②葬祭執行者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・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

[広域連合処理欄] 入力日 [. .]

(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