後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号	３ ９ ０ １

被保険者番号	

支給金額	３ ０ ０ ０ ０

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年　月　日
死亡年月日		年　月　日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	年　月　日
	住　所	
	氏　名	
	連 絡 先	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（）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 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 （　　）		預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号等 左詰めで記載					
口座名義人 （カタカナ）					

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記載してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字空けてください。

北海道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　申請者　住　所（〒　　－　　）

氏　名　　印

死亡者との続柄

連絡先