

### 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	3	5	被保険者番号										
-------	---	---	---	---	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給金額	¥				
------	---	--	--	--	--

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
葬祭日	年 月 日
葬祭執行人	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
住所	
氏名	
電話番号	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店・支所 ( )	普通 当座 貯蓄
口座番号 <small>左詰めで記載してください</small>			
口座名義人 <small>カタカナで左上詰めで記載してください</small>			

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住所

(葬祭執行人) 氏名 印 死亡者との続柄

電話番号

**【委任状】**

私は、後期高齢者医療葬祭費の受領の権限を次の代理人に委任します。

年 月 日

委任者氏名 印

代理人氏名 委任者との続柄

代理人住所

備考

添付書類 葬祭執行人であることを証する書類の写し