

|    |    |
|----|----|
| 入力 | 受付 |
|    |    |

## 後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日  
決定日 年 月 日  
保険者番号 3 9 4 7 2 1 1 3

|        |          |
|--------|----------|
| 被保険者番号 |          |
| 支給金額   | ¥20000 - |

|          |                   |
|----------|-------------------|
| 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             |
| 死亡の原因    | 1. 交通事故 2. 交通事故以外 |

この申請にかかる一切の責任を負うことに同意のうえ、次のとおり申請します。

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

|                |     |     |         |  |
|----------------|-----|-----|---------|--|
| 申請人<br>(葬祭執行者) | 住所  | 〒 - |         |  |
|                | 氏名  |     |         |  |
|                | 連絡先 |     | 死亡者との続柄 |  |
| 届出人            | 住所  | 〒 - |         |  |
|                | 氏名  |     |         |  |
|                | 連絡先 |     | 死亡者との続柄 |  |

※申請人（葬祭執行者）以外が届出を行う場合は、届出人欄に記入してください。

該当するものに○をつけてください。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<br>込<br>先        | 銀行<br>信用金庫<br>協同組合<br>( ) | 本店・支店<br>( ) | 預金<br>種別 | 普通<br>当座<br>その他 |
|                    |                           |              |          |                 |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                           |              |          |                 |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    |                           |              |          |                 |
|                    |                           |              |          |                 |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、氏と名の間は1字あけてください。

※申請者（葬祭執行者）以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。