

受付

受付日 令和〇年〇月〇日
 決定日 令和 年 月 日

申請書を記入した日付を記入する。

保険者番号	3	9	4	7	2	1	1	3
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者番号

記入

支給金額

¥	2	0	0	0	0	-
---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名	後期 ◆◆
死亡者の生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日
死亡年月日	令和 00 年 00 月 00 日
葬 祭 日	令和 00 年 00 月 00 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。

令和〇年〇月〇日

申請書を記入した日付を記入する。

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請人 (葬祭執行者)	住 所	〒 - 沖縄市仲宗根町00-00		葬儀を執り行った方（喪主等）
	氏 名	後期 ●●		
	連絡先	090-0000-0000	死亡者との続柄	子
届出人	住 所	〒 -		葬儀を執り行った方（喪主等）の口座を記入。 葬儀を執り行った方（喪主等）以外の口座に振り込む場合は、別途委任状が必要。
	氏 名			
	連絡先			

※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。

[illegible]

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。