後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付印

受付日　　年　月　日

決定日　　年　月　日

保険者番号											

支給金額							

死亡者の氏名			
被保険者番号			
死亡者の生年月日		年　月　日	
死亡年月日		年　月　日	
葬祭執行者	葬祭日	年　月　日	
	住所	□申請者と同じ	
	氏名	□申請者と同じ	
	連絡先	□申請者と同じ	
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）	

振込先	銀行 信用金庫 農協 （　　）	本店 支店 出張所 支所 ※金融機関コード	普通 当座 その他 （　）	口座番号	
				口座名義人（カタカナ）	

※欄は記入しないでください。

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。
なお、この葬祭費の支給に関して、異議が生じた場合、申請者の責任において解決することを誓約します。

愛媛県後期高齢者医療広域連合長　様　　年　月　日

申請者　〒 □□□—□□□□
（葬祭執行者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（電話）（　　）　　—＿＿＿＿＿＿＿＿

受付
入力
確認

確認欄	１．会葬礼状　２．葬儀費用に係る領収書等　３．その他（　　）	確認者印