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										

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
死亡の場所		
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）
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 左詰記載して下さい														
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づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字あけてください。

上記のとおりに申請します。

年　　月　　日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長　様

〒

申請者　住　所

氏　名

死亡者との続柄

連絡先