

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

被保険者番号	
--------	--

支給金額	50,000円
------	---------

死亡者住所	
死亡者氏名	フリガナ
死亡年月日	年 月 日
死亡の原因	
葬 祭 日	年 月 日

振 込 先	銀行	本店	預金種別	1 普通	2 当座	3 その他( )
	信用 金庫	支店	口座番号			
	信用 組合	出張所	口	フリガナ		
	協同 組合	金融機関コード	支店コード	座 名 義 人		

上記のとおり申請します。

年 月 日

国 立 市 長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

※葬祭を行った日の翌日より2年を経過すると時効となります。