

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

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。