

様式第16号(第35条関係)

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	3 9 2 0 2 0 1 5			
被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1			
支給金額	¥	5 0 0 0 0 -		
死亡者の氏名	給 付 一 郎			
死亡者の生年月日	大正 12 年 3 月 1 日			
死亡年月日	平成 30 年 3 月 26 日			
死亡の原因	1 : 第三者行為(交通事故等) <input type="radio"/> 2 : その他 <input checked="" type="radio"/> (疾病等) 自損事故			
※葬祭執行者	葬祭日	平成 30 年 3 月 30 日		
	住所			
	氏名			
	電話番号			
※葬祭執行者と申請者が同一人の場合は左記欄への記入は不要です。下記へ○をしてください。 <input checked="" type="radio"/> 申請者と同じ				
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	後 期	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	後 期	本店・支店 本所・支所 ()
				預金種別 <input checked="" type="radio"/> 普通 当座 ()
口座番号	4 4 4 4 4 4 4			
口座名義人 (カタカナ)	キ ュ ウ フ ナ ツ オ			
口座名義人はカタカナで上段より左詰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。				
令和元 年 6 月 1 日				
長野県後期高齢者医療広域連合長あて				
※申請者 千 000 - 0000				
住所 長野県広域市広域連合2番地				
氏名 給 付 夏 男 長男				
死亡者の続柄				

「葬祭執行者」と「口座名義人」が違う場合は、委任状(要押印)が必要です。

口座番号、名前ともに左詰めで記載してください。

濁点、半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

申請者は葬祭執行者となります。
葬祭執行者と申請者が同一人となりますので、「申請者と同じ」に○をして、申請者欄のみ記入していただきます。