

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	3	9	2	2	2	1	3	8
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者番号	
--------	--

支給金額		¥	5	0	0	0	0	0	—
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---

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	
	電 話 番 号	

振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協 ()	本店 支店・支所	預 金 種 別	普 通 当 座
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				

上記のとおりに申請します。

年 月 日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

〒 —

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 () _____