

(表)

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

支給金額	一 金 30,000 円也
------	---------------

(被 保 險 者) 死 亡 者	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日	明・大・昭				年	月	日		
	死亡年月日					年	月	日		
	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）				
葬 祭 執 行 者	葬 祭 日					年	月	日		
	住 所	〒 - (電話 - -)								
	氏 名					死亡者との関係 ()				
振 込 先 口 座	金融機関名				預金種目		口座番号(右詰)			
	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協				本店 支店 支所 出張所		1 普通 2 当座 4 貯蓄			
	金融機関コード				店舗コード					
	フリガナ									
	口座名義人									

(注) 葬祭執行者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、葬祭費の支給を申請します。

年 月 日	(記 入 さ れ た 方) 申 請 者	住 所	〒 - (電話 - -)
		氏 名	葬祭執行者との関係 ()

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付日 [. .]	受付者名 []・郵送
申請者確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード等身分証明書の提示 ②葬祭執行者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()	
葬祭執行者の確認方法 (右記__番で確認)	①会葬礼状 ②領収書 ③その他 ()	入力日 . .

〔広域連合処理欄〕 入力日 . .

(裏)

< 委 任 状 >

私(葬祭執行者)は、次の者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

葬祭執行者	住 所	氏 名

(口座名義人) 代理人	住 所	氏 名