

様式第43号(第33条関係)

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	9	3	4	2	8
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者 番 号																			
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支 給 金 額																			円
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

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																		
	氏 名																		
	連 絡 先																		

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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店・支所										預金種別	普通 当座 その他						
口座番号等 左詰記載して下さい																			
口座名義人																			
(カタカナ)																			
口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁音・半濁音は1字として、姓と名の間は1字あけてください。												申請者以外の口座を指定する場合 申請者との続柄							

上記のとおり申請します。																			
申請者名と振込口座名義が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。																			
また、今後、死亡者に対して後期高齢者医療給付費(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)が発生した場合、上記口座に振り込むことに同意します。																			
年 月 日																			
奈良県後期高齢者医療広域連合長 様																			
申請者										住 所									
										氏 名									
										死亡者との続柄									
										連絡先電話番号									