

【記入例】

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																			
死亡の原因		葬祭日、喪主様の住所、氏名、連絡先を記入してください。(・疾病等)																	
葬祭執行者	葬 祭 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										本店 支店・支所										預金	普通 当座 その他																													
	口座番号等 左詰記載して下さい		喪主様ご本人の口座を記入してください。																																																
	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

者 住 所
氏 名
死亡者との続柄
連絡先電話番号

喪主様ご本人の住所氏名、死亡者との続柄、連絡先を記入してください。