

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

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