

（ 表 ）

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

支給金額	一金 3 0 . 0 0 0 円也
------	-------------------

死亡者 (被保険者)	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	〒 ー (電話 ー ー)									
	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					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	〒 ー (電話 ー ー)
		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

代 理 人 (口座名義人)	住 所	氏 名
		葬祭執行者 との関係 ()