様式第３３号（第２６条関係）

# 後期高齢者医療
# 葬祭費支給申請書

受付日　令和　年　月　日
決定日　令和　年　月　日

| 保険者番号 | 3 | 9 | 1 | 7 | 2 | 0 | 5 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 被保険者番号 | |
|---|---|

| 支給金額 | | ￥ | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | ― |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 死亡者の氏名 | | |
| 死亡者の生年月日 | | 明治・大正・昭和　年　月　日 |
| 死亡年月日 | | 令和　年　月　日 |
| 死亡の場所 | | |
| 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） |
| その他 | | |
| 葬祭執行者 | 葬祭日 | 令和　年　月　日 |
| | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

該当するものに〇をつけてください。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<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>（　　） | 本店・支店<br>（　　） | 預金種別 | 普通<br>当座<br>（　　） |
|---|---|---|---|---|
| 口座番号等<br>左詰記載してください | | | | |
| 口座名義人<br>(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。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに申請します。

令和　年　月　日

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者　住所

氏名

死亡者との続柄

連絡先