|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療**記　載　例**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 | ２ | ３ | ２ | ５ | ０ |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 | **0 1 2 3 4 5 6 7（８ケタ）** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 死亡者の氏名 | **函　南　　　太　郎** |
| 死亡者の生年月日 | 　明治・大正・昭和　　　 **1**年　　　**1**月　　　**1**日 |
| 死亡年月日 | 　　　　　　　　　　　　**22**年　　　**1**月　　　**1**日 |
| 死亡の場所 | **死亡診断書等を確認のうえ、ご記入ください。** |
| 死亡の原因 |  |
| その他 |  |
| 葬祭執行者 | 葬祭日 | 　　　　　　　　　　**○**年　　**○**月　　**○**日**（告別式の日）** |
| 住所 |  |
| 氏名 | **葬祭費をお支払された方の住所・氏名・電話番号** |
| 電話番号 | **（下記の振込先・申請者欄にも同一人物をお書きください。）** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行　信用金庫　**函　　　　南**信用組合　農協　（　　　　　　　） | 本店　　**役　　　場**支店・支所 | 預金種別 | 普通当座 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号 | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** |  |
| 口座名義人（カタカナ） | **シ** | **ス** | **¨** | **オ** | **カ** |  | **ハ** | **ナ** | **コ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 上記のとおりに申請します。　　　　　　　年　　　月　　　日静岡県後期高齢者医療広域連合長　　　　　　　　　申請者　　　　　　住　　　所　　**静岡県田方郡函南町平井717-13**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　**静岡　花子**　　　　　　　　　　　　* **簡易な修正を行政側で行えるよう、可能であれば捨て印をいただきたい。**

死亡者との続柄　　**子**　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　**055**　　）　**979－8111**　　　　　　　　　　　　 |

 |