

新潟県後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

支給申請金額	被保険者番号								
円	亡くなった方の氏名 (被保険者氏名)								
死亡年月日	年 月 日	葬儀年月日	年 月 日						
死亡の原因	第三者行為 (交通事故等) ・ その他								
支払区分	口座振込金融機関							預金種別	
口座振込	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所					1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		
口座番号					口座名義人				
					フリガナ				
					氏名				

上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (喪主)

〒 -

住所 _____

氏名 _____ 印 TEL _____

(自署の場合は押印不要)

被保険者との続柄 _____

委任状欄

年 月 日

支給される葬祭費の受領を下記の者に委任します。

委任を受ける方

〒 -

住所 _____

氏名 _____ TEL _____

委任する方

氏名 _____ 印 TEL _____

(自署の場合は押印不要)

【市町村記入欄】	受付印押印欄
献体、充当、その他理由等ある場合は記入してください。	