

新潟県後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------------------------|-----------------|-------|-------|--|--|-------------------------|------|--|
| 支給申請金額 | 被保険者証番号 | | | | | | | | |
| 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。 | |
| | |