

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。