

富山県後期高齢者医療葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	1	6	2	0	2	9	被保険者番号	0								
被保険者氏名																		
生年月日	明治・大正・昭和						年	月	日	性別	男・女							

支給金額	¥30,000-
------	----------

死亡年月日	令和	年	月	日
葬祭日	令和	年	月	日
葬祭執行者 (※)	住所			
	氏名			
	電話番号			

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ()						本店 支店 出張所					
	金融機関コード						店舗コード					
預金種目	普通・当座・貯蓄						<ul style="list-style-type: none"> 口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。 					
口座番号												
口座名義人 (カタカナ)												

富山県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり申請します。

なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

〒

申請者 住所 _____
(葬祭執行者) 氏名 _____
死亡者との続柄 _____
電話番号 _____ () _____

市町村確認欄	葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 新聞慶弔欄	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> その他 ()
	届出人	<input type="checkbox"/> 確認済み		

※欄は、申請者と同じ場合は記入不要です。