

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		年 月 日														
葬祭日		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 協同組合 ()										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										・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。

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	☐ 新聞慶弔欄	☐ 会葬礼状	☐ その他 ()
	届出人	☐ 確認済み		

※欄は、申請者と同じ場合は記入不要です。