

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									
50,000 円		亡くなった方の氏名 (被保険者氏名)									
死亡年月日	令和	年	月	日	葬儀年月日	令和	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 労働金庫 農協				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。

令和 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

令和 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。	