様式第16号(第35条関係)

後期高齢者医療　葬祭費支給申請書

受付印

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号								

市町村処理欄			
受付		入力	

被保険者番号	

支給金額								―

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日	年　　月　　日		
死亡年月日	年　　月　　日		
死亡の原因	1：第三者行為(交通事故等)　　2：その他(疾病等・自損事故)		
※葬祭執行者	葬祭日	年　　月　　日	
	住所		※葬祭執行者と申請者が同一人の場合は左記欄への記入は不要です。 下記へ〇をしてください。 申請者と同じ
	氏名		
	電話番号		

該当するものに〇を付けてください。該当するものがない場合は(　)内に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 (　　)	本店・支店 本所・支所 (　　)	預金種別	普通 当座 (　　)
口座番号				
口座名義人(カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

上記のとおりに申請します。

年　　月　　日

長野県後期高齢者医療広域連合長　宛

※申請者　〒　　―

住　所

氏　名

死亡者との続柄

電話番号