

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	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	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 労働金庫 <input type="radio"/> 農 協		<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所		<input type="radio"/> 1. 普通 <input type="radio"/> 2. 当座 <input type="radio"/> 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。

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

申請者 (喪主) 〒 —

住所

氏名 印 TEL — —

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 印 TEL — —			
委任する方			
氏名 印 TEL — —			

【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。	