

## 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	亡くなった方の被保険者番号	
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	
		カガナ	
		氏名	

上記のとおり申請します。 ← 喪主の方の口座情報を書いてください。

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

役場に提出する日

令和○年 ○月 ○日

申請者 (喪主)

喪主の方の住所・氏名  
などを書いてください。

〒 □□□□ - □□□□□

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

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)

<b>【市町村記入欄】</b>	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。	