

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	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 様

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。

平成 年 月 日

〒

申請者 住 所 _____

(葬祭執行者) 氏 名 _____ (印)

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____ ()

市町村確認欄	葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 新聞慶弔欄	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> その他 ()
	届出人	<input type="checkbox"/> 確認済み		

※欄は、申請者と同じ場合は記入不要です。