

## 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								
円	亡くなった方の氏名 (被保険者氏名)								
死亡年月日	平成 年 月 日	葬儀年月日	平成 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。

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 - -

### 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 - -

<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。	