

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	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	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 ㊞ 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 ㊞ TEL - -		
委任する方	氏名 ㊞ 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。	