

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	2	1	1	0	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	令和	年	月	日
葬 祭 日	令和	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。

令和 年 月 日

〒

申 請 者 住 所 富山県

(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	新聞慶弔欄	会葬礼状	その他 (・ 口頭)
	届出人	確認済み		

欄は、申請者と同じ場合は記入不要です。