

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額

Table with 2 columns and multiple rows for death details: 死亡者の氏名, 死亡者の生年月日, 死亡年月日, 死亡の場所, 死亡の原因, その他, 葬祭日, 住所, 氏名, 連絡先.

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

Table for payment details: 振込先 (銀行, 信用金庫, 信用組合, 協同組合), 本店・支店 (), 預金種別, 普通当座 ().

Table for account information: 口座番号等 (左詰記載して下さい), 口座名義人 (カタカナ).

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

Application section with text: 上記のとおり申請します。大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日. Includes fields for applicant name, address, and a designated person (委任状欄) with their name, address, and signature.