様式第14号（第16条関係）

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	0	3					被保険者番号									

被保険者氏名		被保険者からみた申請者との続柄	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日		
死亡日	平成　　年　　月　　日	献体の有無	あり・なし
葬祭日	平成　　年　　月　　日	他保支給状況	あり・なし
死亡の原因	1　交通事故等による第三者行為　　2　その他		
支給金額	￥３０，０００－		

該当するものに○を、該当するものがないときは（　）内に記載してください。金融機関コード・支店コードの記載は任意です。

振込先口座	銀行 信用金庫 労働金庫 農協 （　　）	本店 支店 支所 出張所 （　　）	預金種別	普通・当座	
			金融機関コード	支店コード(店番)	
	口座番号				
	カタカナ				
	口座名義人				

口座番号は右詰めで記載してください。　姓と名の間は１字あけてください。

上記のとおりに葬祭費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

〒　　－

申請者（葬祭執行者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

※記名の場合は押印が必要です。　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者と口座名義人が異なる又は送付先の変更をするときは、該当項目の□にレを付け、以下に記載ください。

委任状	□　私は、次の者に後期高齢者医療葬祭費の受領に関する権限を委任します。 □　私は、次の者に後期高齢者医療葬祭費に関する通知の送付先を委任します。	
	代理人（口座名義人） 〒　　－ 住所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ 委任者(申請者)との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿	委任者（申請者） 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿