

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	0	1	1	被保険者番号	0	1	7	1	2	3	5	6
被保険者氏名	広 域 花 子																
生年月日	明治・大正・昭和 12 年 1 月 11 日							性別	男・女								

支給金額	¥30,000-
------	----------

死亡年月日	令和 〇〇 年 ×× 月 □□ 日	
葬 祭 日	令和 〇〇 年 ×× 月 □□ 日	
葬祭執行者 (※)	住 所	} 葬祭執行者が死亡した場合等、申請者と異なる場合のみ記載。
	氏 名	
	電 話 番 号	

振込先 金融機関	北 陸 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						速 星 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						・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	0	1	2	3	4	5	6					
口座名義人 (カタカナ)	ト ミ ヤ マ サ ブ ロ ウ											

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 〇〇年 ××月 □□日

〒939-2798

申 請 者 住 所 富山市婦中町速星999番地
(葬祭執行者)

氏 名 富 山 三 郎

死亡者との続柄 弟

電話番号 076 (465) 7501

申請者は必ず喪主（葬祭執行者）の方でお願いします。

市町村確認欄	葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 新聞慶弔欄	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> その他 ()
	届出人	<input type="checkbox"/> 確認済み		

※欄は、申請者と同じ場合は記載不要です。