様式第22号

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									—

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年　　月　　日
死亡年月日		年　　月　　日
死亡の場所		
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等）　2：その他（自損事故・疾病等）
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年　　月　　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。

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 （　　）
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。

上記のとおりに申請します。　　年　　月　　日

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者　郵便番号　　住　所

氏　名　　㊞

死亡者との続柄　　連絡先電話番号

委任状欄	年　　月　　日　　（口座名義人） 上記葬祭費の受領に関する一切の権限を ---------- に委任します。 委任者（申請者）　住　所 氏　名　　㊞