

<記載例>

様式第32号（第24条関係）

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日
決定日
年 月 日
年 月 日
保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

亡くなられた被保険者様の氏名、生年月日、死亡年月日を記入してください。

被保険者番号 0 0 1 2 3 4 5 6

支給金額 ￥ 5 0 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	広域 太郎	
死亡者の生年月日	昭和 2 年 4 月 2 0 日	
死亡年月日	令和 3 年 4 月 2 7 日	
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）	
（喪葬執行者）	葬祭日	令和 3 年 4 月 2 8 日
	住所	〇〇市〇〇町12-3
	氏名	広域 次郎
	連絡先	XXXX-XX-XXXX

死亡の原因についてどちらか当てはまる方に丸を付けてください。

葬祭を行った年月日を記入してください。

葬儀執行者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

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 協同組合 信用組合	本店・支店 ()	預金種別 普通 当座
-----	-------------------	-----------	------------

通帳をご確認の上、書き間違いのないようにご注意ください。

口座番号等 左記載してください	4 5 6 7 8 9 0
口座名義人 (カタカナ)	コウイキ シロウ

口座名義人は必ずカタカナで記入してください。濁点・半濁点も1文字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。 ☐ なお、本申請書に基づき、 (※申請者と被保険者の住所が異なる場合は、 ☐ にレ点を付けてください。)	
令和3年 4月 28日 福井県後期高齢者医療広域連合長 様	申請日を記入してください。
葬祭執行者（喪主）住所 〇〇市〇〇町12-3	
氏名 広域 次郎	
死亡者との続柄 子	
連絡先 XXXX-XX-XXXX	

受取口座を他の方の口座とする場合、この☐ にチェックをしてください。

と同じ葬儀執行者の住所、氏名等を記入してください。

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。