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	

支給申請金額								―

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
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	年　月　日
	住　所	
	氏　名	
	連 絡 先	

該当するものに〇をつけてください。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　住　所

氏　名　　㊞

死亡者との続柄　　電話番号

委任状欄	年　月　日 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　住所 氏名　　㊞