

第35号様式（第29条関係）

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		¥	5	0	0	0	0	—
------	--	---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名											
死亡者の生年月日											
死亡年月日	年			月			日				
死亡の場所											
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）					<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）以外					
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（）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 貯蓄	
口座番号										
口座名義人 (カタカナ)										

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり被保険者の葬祭を行ったため、関係書類を添えて葬祭費の支給を申請します。  
また、他の者が葬祭を行ったと申し立てて権利を主張した場合は、関係者間で解決することを誓約します。

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_