

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 ー

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	明・大・昭 年 月 日
死亡年月日	令和 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 令和 年 月 日
	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

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。

令和 年 月 日  
(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長  
郵便番号 \_\_\_\_\_  
申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_