

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	平成	年	月	日				
決定日	平成	年	月	日				
保険者番号	3	9	0	6	4	0	1	9

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
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 その他										
口座番号等 左記記載して下さい																	
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
山形県後期高齢者医療広域連合長 様		
〒		
申請者	住 所	
	氏 名	
	死亡者との続柄	
	連絡先	