

※ 下記の太枠内にご記入ください。		異動票 確認		証返却 確認	
-------------------	--	-----------	--	-----------	--

後期高齢者医療葬祭費支給申請書兼請求書					
被 保 険 者 証 番 号					
関 死 係 亡 事 項 者	被 保 険 者 氏 名				
	被 保 険 者 住 所	奥多摩町			
	死 亡 年 月 日	令和	年	月	日
	葬 祭 執 行 年 月 日	令和	年	月	日
葬 祭 費 請 求 金 額		50,000 円			
上記のとおり葬祭費について申請及び請求します。 なお、支払いにあたっては下欄の指定口座に振込みをしてください。 令和 年 月 日 【申請者】 〒 住 所 氏 名 電話番号 () 死亡者との続柄・・・ 奥多摩町長 殿					

【指定口座記入欄】

- ※ 口座名義は、申請者と同じ方としてください。
- ※ ゆうちょ銀行（郵便局）の場合は、3桁の支店コードを必ずご記入ください。

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 農協 信用金庫 信用組合 本店 支店 出張所								
	金融機関コード	銀行コード					支店コード			
	預 金 区 分	普通 当座 その他 ()								
	口 座 番 号									
	フ リ ガ ナ									
	口 座 名 義									

※ 本申請時に、被保険者証をご返却ください。