

葬祭執行申立書

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

(葬祭執行者)

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者との関係 _____

電 話 _____

私は、下記のとおり被保険者の葬祭を行い、後期高齢者医療葬祭費の支給申請及び受領に関する権限を行使することを申し立てます。また、他の者が葬祭を行ったと申し立てたり、受領の権利を主張した場合は、私に対応し、関係者間で解決することを誓約します。

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 住 所	
被 保 険 者 名	
亡 く な っ た 日	年 月 日
葬 祭 を 行 っ た 日 時	年 月 日 時頃
葬 祭 を 行 っ た 場 所	(名称)
	(所在地)
葬 祭 の 内 容	<input type="checkbox"/> 葬儀・告別式 <input type="checkbox"/> その他の儀式(具体的に: _____)
葬祭を行ったことが分かる書類を添付できない理由	