

# 請求書

金額	¥	7	0	0	0	0
----	---	---	---	---	---	---

被保険者番号									
死亡年月日	平成・令和						年	月	日
死亡者氏名									

後期高齢者医療葬祭費として上記のとおり請求します。なお、支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

[申請者]

住所

\_\_\_\_\_

フリガナ .....

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

続 柄 \_\_\_\_\_

振込口座	金融機関		種別	口座番号					
		銀行 信用金庫 信用組合 ( )	本店 支店	普通 当座 貯蓄					
名義人	フリガナ								
	氏名								

墨田区長あて