

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 3 9 4 3 5 3 1 8

被保険者番号

支給金額 ¥ 2 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日	大 正 ・ 昭 和 年 月 日	
死亡年月日	令 和 年 月 日	
死亡の原因	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)	
葬祭執行者 (喪主)	葬祭日 令 和 年 月 日	
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用 協同 ()	行 金庫 組合 組 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
口座番号					
口座名義人 (カナ)					

口座名義人はカタカナで記入して下さい。

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日
熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者
(葬祭執行者) 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____ 電話番号 _____