

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

記入例

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
保険者番号			

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
--------	-----------------

支給金額	¥	2	0	0	0	0	—
------	---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名	苓 北 太 郎	
死亡者の生年月日	大 正 ・ 昭 和 1 0 年 1 月 1 日	
死亡年月日	令 和 〇 年 1 月 1 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 〇 年 1 月 3 日
	住 所	苓北町志岐660番地
	氏 名	苓 北 花 子
	連絡先	0969-35-3330

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	苓北町農協	銀 信 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 協 同 組 合 ()	本所	本店・支店 ()	預金種別	普通
						当座 その他
口座番号	0 1 2 3 4 5 6					
口座名義人 (カナ)	レイホクハナコ					

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 〇 年 1 月 6 日
熊本県後期高齢者医療広域連合長 様		
〒 863-2503		
申請者 (葬祭執行者)	住 所	苓北町志岐660番地
氏 名 苓 北 花 子		
死亡者との続柄 妻		連絡先 35-3330