

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	茶 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		3 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 3 年 1 月 3 日			
	住 所	茶北町志岐660番地			
	氏 名	茶 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	茶北町農協	銀 信 用 協 同 組 合 ()	行 庫 合 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 4 年 4 月 1 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 茶北町志岐660番地

氏 名 茶 北 花 子 (自署または記名押印)

死亡者との続柄 妻 連絡先 35-1111