

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 4 3 2 9

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		明治・大正・昭和		年	月	日	生
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	葬祭日	令和 年 月 日					
	住 所						
	氏 名						
	連絡先						

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 同組合	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 その他
口座番号				
口座名義人 (カタ)				

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 連絡先