

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

ここは記入しない

保険者番号 3 9 4 3 4 3 2 9

①、②、③はすべて同じ
葬祭執行者(喪主)の方を記入

被保険者番号

資格確認書に記載あり

支給金額

¥ 2 0 0 0 0 —

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	①					
	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	②	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

③

氏 名

死亡者との続柄

連絡先