

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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号	
--------	--

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

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		
死亡年月日		
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	
	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	連絡先	