

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 信 用 協 同 ()	行 庫 組 合 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