

# 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 ー

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 信用金庫 行 信用 組合 協同 組 組 ( )	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。平成 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

委任状欄	平成 年 月 日 上記葬祭費の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。 (委任される者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____
------	--