

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 信用協 ()	行 金組 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 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
死亡者との続柄 _____ 連絡先 _____

委任状欄	令和 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 _____