

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 同組 合	行庫 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 \_\_\_\_\_