

窓口に来られた方 氏名

(続柄

) 連絡先

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

後期

受 付

入 力

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 4 3 1 0 0 2

被保険者番号

支給金額 ¥ 2 0 0 0 0 -

※太枠の中をご記入ください。

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日	
死亡年月日 平成 年 月 日	
葬祭執行者	葬祭日 平成 年 月 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。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀行 信用 協同 ()	金庫 組合 組 ()	本店 支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
口座番号□	※ゆうちょ銀行(郵便局)は、こちらに記号・番号をお書きください。				
	記号	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 _____

平成 年 月 日

委任状欄
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 _____