

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

確認

市町村受付印

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 ー

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・令和 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 平成・令和 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。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用協 金組 行庫合 組合)	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座 その他
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。			
口座名義人 (カナ)	記号	番号		

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