

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 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		<small>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。</small>				
		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。

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

死亡者との続柄

連絡先

委任状	令和 年 月 日
	※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。
	(申請者) 氏名 印

	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
