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	―

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	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