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

本人確認:
委・保・他 ／ 本・同一・別世