

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 3 9 4 3 2 1 1 7

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		
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 信用協 同組 合	行 庫 合 合	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 其 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 _____

記入例

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 3 9 4 3 2 1 1 7

被保険者番号 01234567

支給金額 ¥ 2 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	宇土 花子		
死亡者の生年月日	昭和10年 1月 1日		
死亡年月日	令和 3年00月00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	令和3年00月00日	葬儀を行った日
	住所	宇土市△△町△△番地	喪主の方の住所・氏名・電話番号をご記入ください。
	氏名	宇土 太郎	
	連絡先	0964-22-△△△△	

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	ゆうちょ	銀行 七-八	本店・支店	預金種別	普通当座
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	信用組合	()	()	その他
口座名義人(カナ)	ウト タロウ	協同組合	()	()	()

振込先が喪主の方の名義でないときは、委任状が必要です。

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 3年00月00日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 869-△△△△

申請者
(葬祭執行者)

住所 宇土市△△町△△番地

葬祭執行者と申請者は同じ方になります。

氏名 宇土 太郎

死亡者との続柄

子

連絡先 0964-22-△△△△