

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 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		平成 年 月 日
葬祭執行者	葬 祭 日	平成 年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。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 農協・漁協 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座

口座番号等
左詰記載して下さい

口座名義人
(カタカナ)

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 千 一

申請者 住所

氏名 印

死亡者との続柄

電話