

長崎県後期高齢者医療 葬祭執行者申立書

保険者番号		被保険者番号		性別	男・女
被保険者氏名	生年月日		明治 大正 昭和	年	月 日

葬祭執行者		死亡した 被保険者 との続柄	
葬祭場の名称	葬祭日	年	月 日
葬祭場の住所			

上記のとおり葬祭を執行したことに相違ないことを申し立てます。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者
(葬祭執行者) 住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____