

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 ー

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		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	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	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座
	信用金庫 信用組合 農協・漁協 ( )			

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詰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 干 ー

申請者 住所

氏名

死亡者との続柄

電話