

# 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	
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

連絡先