

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	平 成	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。

平成 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 _____