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	－

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
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
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 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	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。

上記のとおりに申請します。

年　　月　　日

長崎県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住　所

氏　名　　印

死亡者との続柄

連絡先