

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 3 9 4 3 4 8 2 4

※亡くなられた方の保険証を持参してください

※振込先口座の通帳を持参してください

被保険者番号 0 × × × × × × ×

支給金額 ￥ 2 0 0 0 0 —

死亡者の氏名	芦北 太郎
死亡者の生年月日	昭和（大正）〇〇年〇〇月〇〇日
死亡年月日	令和元年〇〇月〇〇日
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)
葬祭日	令和元年〇〇月〇〇日
住 所	熊本県葦北郡芦北町大字芦北△△△番地
氏 名	芦北 花子
連絡先	0966-82-××××

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振込先	〇〇	銀 行 庫 合 組 信 用 協 同 組 信 用 協 同 組	△△ ()	本店・支店	預金種別	普通当座 その他
口座番号	1 2 3 4 5 6 7					
口座名義人(カナ)	アシキタ ハナコ (口座名義人はカタカナで記入して下さい)					

口座名義人はカタカナで記入して下さい。

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様
〒869-5461

申請者 住 所 熊本県葦北郡芦北町大字芦北△△△番地
氏 名 芦北 花子 印
死亡者との続柄 子 連絡先 0966-82-××××

委任状欄	令和 年 月 日 上記葬祭費の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します (委任される者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____	※委任状欄は喪主以外の方の口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。
------	---	---------------------------------------