

# 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日

決定日 平成 年 月 日

保険者番号	
-------	--

被保険者番号	
--------	--

支給金額	¥ 20,000 -
------	------------

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日		平成 年 月 日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬祭日	平成 年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ( )	本店出張所 ( )	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号 (7桁)	※右詰でご記入ください。		
	口座名義人	(カナ)	※姓と名の間は1字あけてください。	
			(漢字)	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

鹿兒島県後期高齢者医療広域連合長 様

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_