

様式第1号（第2条関係）

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 農協・漁協 ()	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。

上記のとおり申請します。	
年 月 日	
長崎県後期高齢者医療広域連合長	様 干 ー
申請者	住所
	氏名
	死亡者との続柄
	電話