

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 千 一
申請者	住所
	氏名
	死亡者との続柄
	電話

記入例

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	2	2	0	5	0

被保険者番号	0	4	1	2	3	4	5	6
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

支給金額	¥	2	0	0	0	0	—
------	---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名	広城 太郎
死亡者の生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日
死亡年月日	令和 7 年 7 月 5 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	令和 7 年 7 月 7 日
	住 所	長崎市栄町4番9号
	氏 名	広城 花子
	連 絡 先	095-816-3930

葬祭執行者（喪主等）の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

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。網掛けの申は記載不要です。

振込先	ゆうちょ	銀行	七六八	本店	支店	預金	普通	
		信用金庫						
口座番号等 左詰記載して下さい	0	1	2	3	4	5	6	
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	ハ	ナ	コ	

葬祭執行者名義の口座情報をご記入ください。

葬祭執行者以外の方の口座に振込を希望される場合は「委任状」の添付が必要になります。

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。

令和7年7月20日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 〒 850-0875

葬祭執行者の住所、氏名、続柄、電話番号をご記入ください。

住所 長崎市栄町4番9号

氏名 広城 花子

葬祭費に関する通知書等の送付先を葬祭執行者以外の住所へ希望される場合は付箋等に記入し貼付してください。

死亡者との続柄 妻

電話 095-816-3930