

長崎県後期高齢者医療 葬祭執行者申立書

保険者番号		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明 治 大 正 年 月 日 昭 和

葬祭執行者		死亡した被保険者との続柄	
葬祭場の名称		葬 祭 日	年 月 日
葬祭場の住所			

上記のとおり葬祭を執行したことに相違ないことを申し立てます。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申 立 者

(葬祭執行者) 住 所

氏 名

連絡先
