

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 0 2 0 3 7

被 保 険 者 番 号

支 給 金 額 ¥ 3 0 0 0 0 ー

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 場 所		
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)
そ の 他		
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。該当するものが無い場合は()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 協同組合	本店(所) 支店(所)	預 金 種 別	普 通 当 座 ( )
	金融機関コード			
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詰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

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長  
〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

受 付	端 末 入 力	チ ェ ッ ク