



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 ¥30,000

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	本店(所)	預金種別	普通当座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合	支店(所)		
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

(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 印

死亡者との続柄

連絡先

受 付	端末入力	チェック