

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     ¥     3     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 ( )
口座番号等 左詰記載して下さい		金融機関コード	
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 \_\_\_\_\_