

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 1 3 6 9

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	病院 / 自宅 / 施設 / その他
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 下記に同じ
	氏名 下記に同じ
	連絡先 下記に同じ

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	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	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 _____