

様式第27号（第20条関係）

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	本店(所)				預金種別	普通当座()
		信用金庫	信用組合	協同組合	金融機関コード	<input type="text"/>		
口座番号等 左詰記載して下さい		<input type="text"/>						
口座名義人 (カタカナ)		<input type="text"/>						

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

印

死亡者との続柄

連絡先電話番号