

様式第 2 7 号（第 2 0 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 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所)	預金 種別	普通 当座 ()
		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 印

死亡者との続柄

連絡先電話番号