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 | ３ | ９ | ４ | ０ | ２ | ２ | ３ | ５ | 　 |
| 　 |
| 　 | 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(　　　)　 | 　 |
| 金融機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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　　　　　　　　 | 　 |
| 　 |