

亡くなった方が後期高齢者医療制度に加入されていた場合、葬祭を行った方(喪主)に葬祭費3万円が支給されます

記入例

※申請の際に必要なもの

- 葬儀を行ったことを確認できる書類(葬儀の領収書、請求書、会葬御礼、埋火葬許可証などのいずれかひとつ)
- 委任状(喪主以外の方の口座に振り込む場合は委任状が必要です)

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 0 1

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

支給金額 ¥ 3 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	宗像 太郎	
死亡者の生年月日	昭和 10 年 9 月 8 日	
死亡年月日	令和 元 年 8 月 2 日	
死亡の場所	病院名でも可 宗像市〇〇一丁目〇番〇号	交通事故等以外
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	令和 元 年 8 月 4 日
	住所	宗像市東郷一丁目1番1号
	氏名	宗像 花子
	連絡先	0940-36-XXXX

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	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所) 〇〇〇 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	1 2 3 4 5 6 7	/ / / / / / / /		
口座名義人 (カタカナ)	ムナカタ ハナコ			

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。

令和元 年 8 月 10 日

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

〒 811-3492

申請者

住所 宗像市東郷一丁目1番1号

氏名 宗像 花子

死亡者との続柄 妻

連絡先電話番号 0940-36-XXXX

喪主の方を記入してください

亡くなった方が後期高齢者医療制度に加入されていた場合、葬祭を行った方(喪主)に葬祭費3万円が支給されます

※申請の際に必要なもの

- 葬儀を行ったことを確認できる書類(葬儀の領収書、請求書、会葬御礼、埋火葬許可証などのいずれかひとつ)
- 委任状(喪主以外の方の口座に振り込む場合は委任状が必要です)

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 0 1

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	(病院名でも可)	
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	(喪主の方の住所)
	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	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

喪主の方を記入してください