

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

このことについて、下記のとおり申請します。

申請年月日	令和 6 年 4 月 16 日	申請金額	50,000円
保険者番号	3 9 0 7 2 0 0 0	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
死亡した 被保険者の氏名	後 期 高 子		
生年月日	大正 昭利 2 年 1 月 15 日	死亡年月日	令和 6 年 4 月 10 日
葬祭年月日	令和 6 年 4 月 13 日	☐ 第三者行為（交通事故等）の該当 第三者行為等による被害届（写し）を裏面貼付け	☐ 献体

申請者 (喪主)	住所	〒 9 6 0 - 8 0 4 3 福島市中町8番2号		
	氏名	後 期 齢 士		
	電話	(024) 528 - 9024	死亡者との 続柄	夫

振込先 口座	中町 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()				中町 本店 支店 出張所				
	金融機関 コード	9	9	9	9	店舗 コード	9	9	9
	預金 種別	普 通 当 座	口座番号 (右詰め)		9	9	9	9	9
	(フリガナ)		コウキ ツレオ						
	口座名義人		後 期 連 男						

給付金受領 委任状	私（申請者）は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。		
	委任者 (申請者)	住所	福島市中町8番2号
	<自署>	氏名	後 期 齢 士 ※委任者、受任者はそれぞれ本人が自署下さい。
	受任者 (受領者)	住所	福島市杉妻町2番6号
振込先が 申請者(喪主) と異なる場合	<自署>	氏名	後 期 連 男 (024) 528 - 9024