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	1	1	2	0	8	1

被保険者番号								

申請金額		￥	5	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
葬祭日		年　月　日
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等）　2：自損事故　3：疾病等
葬祭執行者	（申請者と同じ場合）	□　下記申請者に同じ
	（申請者と異なる場合） 住所	
	フリガナ 氏名	
	死亡者との続柄	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（　）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　）

口座番号 （左詰めで記入）		
口座名義人 （カタカナ）		

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰め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字空けてください。

上記のとおり申請します。
なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者が一切の責を負います。

年　月　日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

申請者（葬祭執行者）　〒

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿