

受付印

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 1 6

被保険者番号

申請金額

¥ 5 0 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	
死亡者の住所	
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	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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり葬祭費の支給を申請します。

年 月 日

申請者（葬祭執行者）

住所

氏名

印

電話番号