

## 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

被保険者番号

申請金額

死亡者の氏名	
死亡者の住所	
死亡者の生年月日	
死亡年月日	
葬祭日	
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 \_\_\_\_\_