

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 4 2 0

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