

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日 平成 年 月 日
決定日 平成 年 月 日

保険者番号 3 9 1 1 2 0 2 4

①被保険者番号を記入してください。

被保険者番号

申請金額 ￥ 5 0 0 0

②亡くなられた被保険者様の
氏名、住所、生年月日、
死亡年月日、葬祭執行日を
記入してください。

死亡者の氏名	熊谷 太郎
死亡者の住所	熊谷市宮町二丁目47番地1
死亡者の生年月日	大正〇〇年〇〇月〇〇日
死亡年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
葬祭日	平成〇〇年〇〇月〇〇日

③該当するものに○を
付けてください。

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	熊谷市宮町二丁目47番地1
	フリガナ	クマガヤ ジロウ
	氏名	熊谷 次郎
	死亡者との続柄	子

④葬祭執行者（喪主）の住所、氏名、
死亡者との続柄を記入してください。
添付書類上の葬祭執行者と同一人物
であるか確認してください。

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	〇 〇 〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	〇 〇	本店・支店 ()	預金種別 ()	普通 当座 ()
-----	-------	-----------------------------------	-----	--------------	-------------	-----------------

口座番号 (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人 (カタカナ)	ク マ カ ヤ シ ロウ

⑤口座名義人は必ずカタカナで記入して
ください。濁点・半濁点は1字とし、
姓と名の間は1字空けてください。

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（葬祭執行者）

〒360-8601

住所 熊谷市宮町二丁目47番地1

氏名 熊谷 次郎

電話番号 123-456-7890



⑥申請日を記入してください。

⑦葬祭執行者（喪主）＝申請者となりますので④と同じ葬祭執行者の郵便番号、住所、
氏名を記入し印鑑を忘れずに押してください。日中連絡が取れる電話番号を記入して
ください。