

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日
 決定日 令和 年 月 日

保険者番号 **3 9 1 1 2 0 2 4**

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	明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日
葬 祭 日	令和 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 千 一

申請者（葬祭執行者） 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____