

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 -

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
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。

令和 年 月 日 印

申請者(葬祭執行者) 住所

氏名 印

電話番号