

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 2 4 8

被保険者番号

申請金額 ￥ 5 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	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	(申請者と同じ場合) <input type="checkbox"/> 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()内に記入して下さい。網掛けの中は記載不要です。

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下さい。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。

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

〒 -

住所 _____

フリガナ _____

申請者(葬祭執行者) 氏名 _____

死亡者との続柄 _____

電話番号 _____