

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 2 4 8
-------	-------------------------------

被保険者番号	
--------	--

支給金額	¥ 5 0 0 0 0 -
------	---------------------------

死亡者の氏名						
死亡者の住所	戸田市					
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	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

〒 -

住 所 _____

氏 名 _____ 印

申請者(葬祭執行者) _____

電話番号 _____