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	0	3	2

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	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　　〒　　－

申請者（葬祭執行者）　住　所

氏　名

電話番号