

様式第50号（第32条関係）

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

被保険者番号

申 請 金 額

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

印

電話番号