

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<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店・支店<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座<br>( ) |
|     |                                   |              |      |                 |

|                  |  |
|------------------|--|
| 口座番号<br>(左詰めで記入) |  |
| 口座名義人<br>(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 \_\_\_\_\_