

振込先口座を葬祭執行者（喪主）以外の口座にする場合は委任状が必要です。
 ※ 委任状はダウンロードできます。

記入例

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 8 1

①資格確認書等に記載されている被保険者番号を記入。

被保険者番号 0 9 9 0 0 1 0 0

申請金額 ￥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	後期 太郎
死亡者の生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
死亡年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
葬祭日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
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

②亡くなられた被保険者様の氏名、生年月日、死亡年月日を記入。

③告別式を行った年月日を記入。

葬祭執行者	(申請者と同じ場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 下記申請者と同じ
	(申請者と異なる場合)	
	住所 フリガナ 氏名	
	死亡者との続柄	

④該当箇所に丸をつける。＊1と2に該当しない場合は3に丸をつける。

⑤葬祭執行者が申請者と同一の場合は、記入を省略。

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)	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人 (カタカナ)	コウイキ シ・ロウ

⑥口座名義人は必ずカタカナで記入。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あける。

⑦申請日を記入。

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。
 令和〇〇年 〇月 〇日
 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
 申請者（葬祭執行者） 〒1 2 3 - 4 5 6 7
 住所 〇〇市〇〇 4 - 5 - 6
 フリガナ コウイキ ジロウ
 氏名 広域 次郎
 死亡者との続柄 長男
 電話番号 1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 0

⑧葬祭執行者の郵便番号、住所、氏名（フリガナ含む）、死亡者との続柄、日中連絡がとれる電話番号を記入。