

記入例

高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 令和 年 月 日

② 亡くなられた被保険者の方の「氏名」、「生年月日」、「死亡年月日」を記入してください。

1 2 2 4 8

① 保険証に記載の被保険者番号(8桁)を記入してください。※不明の場合は空欄でも可

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

申請金額 ￥ 5 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名	戸田 太郎						
死亡者の生年月日	昭和	4					
死亡年月日	令和	4	年	1	月	1	日
葬 祭 日	令和	4	年	1	月	6	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	(申請者と同じ場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 下記申請者に同じ					
	(申請者と異なる場合)						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	死亡者との続柄						

③ 葬祭(告別式)を行った日付を記入してください。

④ 葬祭執行者が申請者と同一の場合は、記入を省略できます。

葬祭執行者が死亡している場合は、故葬祭執行者の住所、氏名(フリガナ含む)、死亡者との続柄を記入してください。

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	埼玉	預金種別	普通 当座
口座番号 (左詰めで記入)	⑤ 葬祭執行者名義の口座をご記入ください。 ※ゆうちょ銀行も指定できます。その際、支店名は漢数字3ケタ、口座番号は7ケタとなりますのでご確認ください。		
口座名義人 (カタカナ)	ト タ シ ロ ウ		

⑥ 申請日を記入してください。

なお、葬祭費の受領、支払等は、下記申請者が一切の責を負います。

令和 4 年 1 月 7 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

〒 335 - 0022

住 所 戸田市上戸田 1 - 1 8 - 1

フリガナ ト タ シ ロ ウ

氏 名 戸 田 次 郎

死亡者との続柄 長男

電話番号 048-441-1800

⑦ 葬祭執行者の「住所」、「氏名」、「死亡者との続柄」「電話番号(日中連絡の取れる番号)」を記入してください。