

様式第63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 3 9 1 1 2 3 9 6

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	(申請者と同じ場合) <input 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

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。

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。  
 年 月 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) 〒  
 住所 \_\_\_\_\_  
 フリガナ  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_