

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	3	8	3	2
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

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 _____