

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

被保険者番号

申請金額

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) ☐ 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