

記入例

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 1 0 7 5

①被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

被保険者番号

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	大正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、葬祭執行日を記入してください。

③該当の死亡原因に○をつけてください。

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		

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○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。

振込先	〇 〇 〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	〇 〇	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

⑤口座名義人は必ずカタカナで記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字空けてください。

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。

令和 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） 〒123-4567

⑥必ず申請日を記入してください。

住所 〇〇市〇〇 4-5-6

フリガナ氏名 コウイキ ジロウ
広域 次郎

死亡者との続柄 長男

電話番号 123-456-7890

⑦葬祭執行者（葬祭執行者が死亡している場合を除く。）の郵便番号、住所、氏名（フリガナ含む）、死亡者との続柄、電話番号を記入してください。日中連絡がとれる電話番号を記入してください。