

様式第 6 3 号（第 3 2 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	4	4	2	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)	☐ 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											