

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 2 7 1

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	大正・昭和 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭日	令和 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 checked="" 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 本店・支店 信用金庫 ( ) 信用組合 協同組合 ( )	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。  
 令和 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 \_\_\_\_\_

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 2 7 1

被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7

申請金額 ¥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	朝霞 太郎		
死亡者の生年月日	大正 (昭和) ●年 ●●月 ●●	該当の死亡の原因に丸を付けてください。	
死亡年月日	令和 ●年 ●●月 ●●		
葬祭日	令和 ●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 checked="" type="checkbox"/> 下記申請者に同じ	
	(申請者と異なる場合) 住所	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、死亡者との続柄をご記入ください。	
	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	朝霞	銀行 ( )	本店 ( )	支店 ( )	預金種別	普通 ( )
		信用金庫 ( )	朝霞台 ( )			当座 ( )
		信用組合 ( )				
		協同組合 ( )				

口座番号 (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7	ゆうちょ銀行の場合、振込用の3ケタの店番をご記入ください。(例: 038)
口座名義人 (カタカナ)	アサカ シロウ	

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 ●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) 〒351-0011  
 住所 朝霞市本町1-1-1  
 フリガナ 朝霞 二郎  
 氏名 朝霞 二郎  
 死亡者との続柄 長男  
 電話番号 048-463-1111

会葬礼状または葬儀の領収証に記載のある葬祭執行者 (葬祭執行者が死亡している場合を除く。) の住所、氏名、死亡者との続柄をご記入ください。