

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	3	4	1	0
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)	☐ 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。 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									