

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 0 3 2

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	後期 太郎
死亡者の生年月日	S ○年 ○月 ○日
死亡年月日	R ○年 ○月 ○日
葬祭日	R ○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 預	普通
	信用金庫	当座 ()
<p>【口座をゆうちょ銀行にする場合】 ※ 支店欄に店番(漢数字3桁)が記載あるか確認。</p>		

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 キ ハ ナ コ

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。
 R ○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) 〒332-0031
 住所 川口市青木○-○
 フリガナ 氏名 後期 花子
 死亡者との続柄 妻
 電話番号 048-○○○-○○○○