

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 2 0 2 4			<p>① 資格確認書の左上に記載されている被保険者番号を記入してください。</p>								
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	昭和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											
葬祭執行者	(申請者と同じ場合)			<input checked="" type="checkbox"/> 下記申請者と同じ								
	(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。該当するものが無い場合は()内に記入してください。												
振込先	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				銀行	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		本店	支店	預金種別	普通	
					信用金庫			()	()	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				
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												
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。												
令和〇〇年〇〇月〇〇日												
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） 〒 1 2 3 - 4 5 6 7												
⑥必ず申請日を記入してください。												
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（ふりがな）、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。												
住所	〇〇市〇〇 4-5-6											
氏名	こういき 広城 次郎											
死亡者との続柄	じろう 長男											
電話番号	1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 0											
⑧添付書類（会葬礼状または領収書）のお名前の方と葬祭執行者が（葬祭執行者が死亡している場合を除く。）が同一人物であるか確認してください。												