

# 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	
被保険者番号	
申請金額	¥ 5
死亡者の氏名	後期 花子
死亡者の生年月日	S 2 0
死亡年月日	R 8
葬祭日	R 8 年 1
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
	死亡者との続柄
振込先	信用金庫 信用組合 ( ) 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	
上記のとおり申請し	
なお、葬祭費の受領に	
年 月 日	申請日(記入日)をご記入ください。
埼玉県後期高齢者医療広域連合	
申請者(葬祭執行者)	〒364-0033
住所	北本市本町〇丁目
フリガナ 氏名	ユウキ タロウ 後期 太郎
死亡者との続柄	子
電話番号	048-***-****

亡くなられた被保険者の氏名・生年月日・死亡年月日・葬祭日(告別式の日)をご記入ください。  
また、該当する死亡の原因に○をつけてください。

葬祭執行者(喪主)の住所・氏名・死亡者との続柄をご記入ください。  
※添付書類(会葬礼状や領収書等)上の葬祭執行者と同一である必要があります。  
申請者と同一人物の場合は、(申請者と同じ場合)の欄にチェックを入れるのみで結構です。

葬祭執行者名義の振込先をご記入ください。  
※金融機関の指定はございません。  
※葬祭執行者以外の方が名義人である場合、委任状が必要となります。  
※ゆうちょ銀行の場合、通帳見開きの銀行使用欄に記載の店名(3桁の数字)を支店名欄にご記入ください。

葬祭執行者の郵便番号・住所・氏名・続柄・電話番号  
(日中に連絡がとれるもの)をご記入ください。