

記入例 喪主の証明として会葬礼状又は葬儀の領収書等のコピーを添付願います。

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 9 7

亡くなられた方の被保険者
番号を記入してください。

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9

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 大正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

亡くなられた被保険者様の
氏名、生年月日、死亡年月日、
葬祭執行日を記入してください。

該当の死亡原因に丸を
つけてください。

葬祭執行者
(申請者と同じ場合) ☒ 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

葬祭執行者が申請者と同一の
場合は、記入を省略できます。
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（フリ
ガナ含む）、死亡者との続柄を
記入してください。

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。

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) 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人 (カタカナ) コウイキ ジロウ

口座名義人は必ずカタカナで記入してく
ださい。濁点・半濁点は1字とし、
姓と名の間は1字空けてください。

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 〇年 〇月 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） 〒123-4567

必ず申請日を記入してください。

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（フリガナ含む）、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 コウイキ ジロウ
広 域 次 郎

死亡者との続柄 次男

電話番号 123-456-7890