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 | 3 | 4 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 | | 年　月　日 |
| 死亡年月日 | | 年　月　日 |
| 葬祭日 | | 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）<br>住所 | |
| | フリガナ<br>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<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>（　　） | 本店・支店<br>（　　） | 預金種別 | 普通<br>当座<br>（　） |
|---|---|---|---|---|

| 口座番号<br>（左詰めで記入） | | |
|---|---|---|
| 口座名義人<br>（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。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**※葬祭執行者（喪主）以外の口座を指定する場合は、裏面委任状をご記入ください。**

葬祭執行者(喪主)以外の口座を指定する場合は、ご記入ください。

# 委　　任　　状

代理人　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

葬祭執行者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、下記理由により上記の者を代理人と定め、葬祭費の受領について委任します。

〔 理由： 〕

年　　月　　日

委任者（葬祭執行者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

（注意事項）

・委任状は必ず委任者（葬祭執行者）本人がお書きください。