

申 立 書

故_____の葬祭を、 年 月 日に
行ったことを宣誓し、受領に関しての一切の責を負います。

年 月 日

申請者（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）

- ・ 申立書は必ず申請者（葬祭執行者）本人がお書きください。

保険者番号 39112081

被保険者番号_____