

## 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

|             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 番 号 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|         |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支 給 金 額 |  | ¥ | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — |
|---------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|

|                 |  |     |       |
|-----------------|--|-----|-------|
| 死 亡 者 の 氏 名     |  |     |       |
| 死 亡 者 の 生 年 月 日 | 明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和  | 年   | 月 日   |
| 死 亡 年 月 日       | 令 和  | 年   | 月 日   |
| 死 亡 の 場 所       |  |     |       |
| 死 亡 の 原 因       | <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) ➡ 死亡診断書の写しを添付してください。<br><input type="checkbox"/> 自損事故(相手のいない交通事故等) <input type="checkbox"/> その他(疾病等) |     |       |
| そ の 他           |  |     |       |
| (喪祭執行者)         | 葬 祭 日  | 令 和 | 年 月 日 |
|                 | 住 所  |     |       |
|                 | 氏 名  |     |       |
|                 | 連 絡 先  |     |       |

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

|                     |   |                  |         |           |
|---------------------|---|------------------|---------|-----------|
| 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 |
|                     |   |                  |         |           |
| 口 座 番 号 等           |   |                  |         |           |
| 口 座 名 義 人<br>(カタカナ) |   |                  |         |           |

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおり申請します。

令 和    年      月      日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

住所・連絡先は葬祭執行者(喪主)に同じ

申 請 者    住      所

氏      名

死 亡 者 と の 続 柄

連 絡 先

### 葬祭執行者に関する事項確認済み

担当者名

Ⓜ

※または故人と葬祭執行者を確認できる書類  
(会葬礼状、葬祭領収書)を添付【要内容確認】

# 記入例

## 後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

亡くなられた方の、保険証記載の  
被保険者番号を記入してください。

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

|        |               |
|--------|---------------|
| 被保険者番号 | 0             |
| 支給金額   | ¥ 5 0 0 0 0 0 |

亡くなられた被保険者について記載してください。

|                 |  |                |
|-----------------|--|----------------|
| 死亡者の氏名          | 山梨 太郎  |                |
| 死亡者の生年月日        | 明治・大正・昭和 ○○年 ○○月 ○○日   |                |
| 死亡年月日           | 令和 □□年 □□月 □□日   |                |
| 死亡の場所           |  |                |
| 死亡の原因           | <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) → 死亡診断書の写しを添付<br><input type="checkbox"/> 自損事故(相手のいない交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> その他(疾病等) |                |
| その他             |  |                |
| (葬祭執行者)<br>(喪主) | 葬祭日  | 令和 □□年 □□月 ××日 |
|                 | 住所   | 山梨県○○市○○123    |
|                 | 氏名   | 山梨 富士子         |
|                 | 連絡先  | 055-000-□□□□   |

死亡の原因が、第三者行為(交通事故など)であった場合は、死亡診断書の写しを添付してください。

葬祭を行った方(喪主)について記載してください。

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

|                 |                                   |      |    |              |                  |
|-----------------|-----------------------------------|------|----|--------------|------------------|
| 振込先             | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 山梨□□ | ×× | 本店・支店<br>( ) | 預金種別<br>普通<br>当座 |
| 口座番号等           | 0 1 2 3 4 5 6                     |      |    |              |                  |
| 口座名義人<br>(カタカナ) | ヤマナシ フシコ                          |      |    |              |                  |

葬祭執行者(喪主)の名義の口座を記載してください。  
※申請者本人以外の口座への入金を希望する場合は、委任状を添付してください。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください

上記のとおりに申請します。

令和□□年 ○○月 ○○日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

住所・連絡先は葬祭執行者(喪主)に同じ

|                        |         |        |
|------------------------|---------|--------|
| 申請者                    | 住所      |        |
| 葬祭執行者(喪主)について記載してください。 | 氏名      | 山梨 富士子 |
|                        | 死亡者との続柄 | 子      |
|                        | 連絡先     |        |

### 葬祭執行者に関する事項確認済み

担当者名

㊞

※または故人と葬祭執行者を確認できる書類(会葬礼状、葬祭領収書)を添付【要内容確認】

### <添付書類>

・葬祭執行の事実及び葬祭執行者を確認できる書類(会葬礼状、埋火葬領収書写し、新聞など)

※故人と葬祭執行者、葬祭日などを確認できる書類を添付してください。

・委任状

※葬祭執行者(喪主)が、本人以外の口座への支給を希望される場合、その旨を記載した委任状を添付してください。

・誓約書

※喪主が2名以上いる場合については、添付してください。