



後期高齢者医療制度

75歳以上の方(一定以上の障害のある65歳以上の方)

葬祭費のご案内

後期高齢者医療制度の被保険者が死亡したとき、その葬祭を行った方に葬祭費が支給されます。

申請受付は、お亡くなりになった方の住所地の市(区)町村後期高齢者医療担当窓口になります。

支給額 5万円

< 申請に必要なもの >

- 亡くなった方の保険証
- 申請者(喪主)の印かん(朱肉を使うもの)
- 預金通帳(振込先口座に指定するもの)
- 喪主と葬祭日の確認ができるもの(会葬礼状・葬儀等の領収書等)

※葬祭を行った方(喪主)の口座に振込みます。

(喪主の方以外の口座に振込みを希望される場合には、委任状が必要です。)

注:葬祭を行った日の翌日から2年経過で時効となり、支給できなくなりますので早めに手続きをしてください。

申請を受け付けてからおおむね2ヶ月以内に指定の口座へお振込みいたします。

お問い合わせ先

お亡くなりになった方の
住所地の市(区)町村
後期高齢者医療担当窓口

および

神奈川県後期高齢者医療広域連合

コールセンター **0570-001120**

業務受託者 神奈川県国民健康保険団体連合会

給付支給担当 **045-329-3454**

受付時間 平日 9~12時・13~17時

記載例

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

平成 年 月 日

葬祭を行った方（喪主）の住所、氏名の御記入、押印をしてください。
後日発送する郵便物がありますので、確実にお受け取りできる住所を御記入ください。

捨印

広域

〒〇〇△〇〇—〇〇〇〇〇

住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目

〇〇番地

氏名 広域 太郎

広域印

日中連絡のつく電話番号

電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

次のとおり葬祭費の支給を申請します

保険者番号 3 9 1 4 0 0 0 0 被保険者番号 1 0 0 0 0 0 0 0

死亡した被保険者のお亡くなりになった日を御記入ください。
 広域 花子
 死亡した被保険者の生年月日 (明治大正昭和) 11年 11月 1日
 喪主との関係(続柄) 妻

死亡した日 平成26年 4月 1日 葬祭日 平成26年 4月 8日

申請金額

¥50,000-

葬祭を行った日を御記入ください。

振込先口座	広域 銀行 連合	種目 1.普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	フリガナ	コウイキ タロウ
	金融機関コード	支店コード	※通帳どおりのカタカナ	
	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	広域 太郎	

口座番号を記入(7桁で)

委任状
私は、次の者に葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。
 受任者(口座名義人) 委任者(喪主)
 住所 受任者の方の住所、氏名を御記入ください。 住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地 広域印
 氏名 氏名 広域 太郎

申請者(喪主)と異なる名義の口座に振込を希望する場合は、御記入・押印ください。

※処理欄は記入しないでください。

【ゆうちょ銀行をご指定の場合】

通帳の表紙をめくり、「銀行使用欄」に印字されている振込専用の店名・口座番号(7桁)をご記入ください(記号・番号には振り込めません)。

振込専用の店名・口座番号が印字されていない場合には、ゆうちょ銀行・郵便局で印字の手続きをしてください。

◎ 銀行使用欄

通帳

記号 番号

【店名】・・・
【店番】・・・ 【口座番号】……………

保険証の保険者番号、被保険者番号を御記入ください。

コードを御記入ください。

(注意) 申請者氏名欄の印、委任状欄の印(必要な場合のみ)、捨印は、すべて同一の印鑑を使用してください。