



後期高齢者医療制度

75歳以上の方(一定以上の障がいのある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(喪主)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 >

- 後期高齢者医療葬祭費支給申請書
- 亡くなった方の資格確認書(お手元にある場合)
- 振込先が確認できるもの(預金通帳等)
- 喪主の氏名、亡くなった方の氏名及び葬祭日の確認ができるもの
(会葬礼状や葬儀等の領収書等、写しでも可)

※葬祭を行った方(喪主)の口座に振込みます。

(喪主以外の方の口座へ振込を希望される等、喪主(申請者)の朱肉を使う印が必要になる場合があります。)

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2~3か月程度で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

または

神奈川県後期高齢者医療広域連合
コールセンター
045-440-6700

記載例

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

葬祭を行った方（喪主）の住所、氏名、続柄を御記入ください。
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。

〒 00000 00000
住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目
〇〇番地
氏名 広域 太郎
続柄（死亡した被保険者との続柄） 子
電話 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇

日中連絡のつく電話番号

次のとおり葬祭費の支給を申請します。

保険者番号 39140000 被保険者番号 1000000000

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。
死亡した被保険者の氏名 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

死亡した日 令和〇〇年 5月 1日 葬祭日 令和〇〇年 5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	銀行	信用金庫	信用組合	農業協同組合	漁業協同組合	金融機関コード	支店	出張所	支所	口座名義人 (カタカナ)	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人
	広域	連合	1.普通	1234567	1234567		1234567	1234567	1234567		1234567	1234567	1234567	1234567	1234567	1234567	1234567	1234567	

※口座番号は右詰で記載してください。
※口座名義人(カタカナ)は上段より左詰で記載してください(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。

口座番号を記入(7桁で)

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。

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) 広域 太郎 委任者(喪主) 広域 太郎
住所 受任者の方の住所、氏名を御記入ください。 氏名 広域 太郎

コードを御記入ください。

※処理欄	市区町村入力欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付担当者	(備考)
	広域連合入力欄	<input type="checkbox"/> 住基確認済			
		<input type="checkbox"/> 戸籍課照会			

【ゆうちょ銀行をご指定の場合】

通帳

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・番号ではありません)。

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

記号 ~~番号~~

【店名】・・・
【店番】・・・ 【口座番号】……………

※処理欄は記入しないでください。