



# 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
- 亡くなった方の保険証または資格確認書(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 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 天正 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 広域 連合 預金種目 1.普通 口座番号 1234567  
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  
口座名義人 (カタカナ) コウイキ シロウ  
金融機関コード 支店コード  
※通帳どおりのカタカナ  
口座名義人 広域 二郎

口座番号を記入 (7桁で)

※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)。  
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。 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  
市区町村入力欄  
事実確認  
 住基確認済  
 戸籍課照会  
 受理証明書  
葬祭日確認  
窓口受付担当者 (備考)

【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】 ……

被保険証または資格確認書の保険者番号、

コードを御記入

※処理欄は記入しないでください。