



# 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(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
- 預金通帳(振込先口座に指定するもの)
- 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。

(喪主の方以外の口座に振込みを希望される場合には、委任状欄への記入が必要となります。  
委任状欄には申請者(喪主)の押印が必要となります。)

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。

〒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

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

被保険者の保険証の保険者番号、御記入ください。

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 0 被保険者番号 1 0 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 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	広域 銀行 連合	預金種目 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	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								
	1	2	3	4	5	6	7	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

広域

申請者(喪主)と異なる名義の口座を希望する場合は、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)
		<input type="checkbox"/> 住基確認済			
		<input type="checkbox"/> 戸籍課照会			
		<input type="checkbox"/> 受理証明書	喪主確認		

【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。

記号 番号

【店名】・・・  
【店番】・・・ 【口座番号】……………

◎ 銀行使用欄

※処理欄は記入しないでください。

コードを御記入ください。