

後期高齢者医療葬祭費等支給申請書兼請求書

◎ 太枠内をご記入ください。

※ 訂正する場合は二重線で抹消し、余白に正しくご記入ください。

		令和		年		月		日	
死亡者関係事項	被保険者番号				個人番号				
	被保険者氏名				(フリガナ)				
	生年月日				大正・昭和 年 月 日				
	葬祭執行年月日 (告別式の日)				令和 年 月 日				
	他からの葬祭費等の支給有無				あり () ・ なし				

区処理欄

番号	
収受印	

豊島区長 様

上記の者について、下記のとおり葬祭費及び葬祭給付金の支給を請求します。

金額	¥	7	0	0	0	0
----	---	---	---	---	---	---

内訳 後期高齢者医療葬祭費 50,000円 豊島区葬祭給付金 20,000円

葬祭執行者	〒			-				
	住所	都 道		市 区				
		府 県		町 村				
	カナ					死亡者との続柄	電話	

※ 葬祭執行者は、ご葬儀の領収書の宛名の方をご記入ください。

捨印

振込口座					銀行 信託銀行 信用金庫 信用組合	支店			
					※ ゆうちょ銀行の支店名は、漢数字三文字です。				
	普通 当座	口座番号(7ケタ)				口座名義人(カタカナ)			

※ 口座名義人は、カタカナで上段から左詰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字空けてください。

※ 口座名義人は、通帳の記載通りにスペースを空けてご記入ください。

葬祭執行者と振込口座名義人が異なる場合は、下記の「委任状」の記入が必要になります。

委任状	私 _____ は、下記の者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。	
	(葬祭執行者)	住所 _____
	受任者	氏名 _____ 葬祭執行者との続柄 ()
	電話 _____ () _____	

後期高齢者医療葬祭費等 送付先変更

葬祭執行者宛に故人に係る後期高齢医療保険に関する全ての書類の送付を希望する場合、
下記に✓を入れてください。

☐ 下記(※)に同意の上、葬祭執行者に、故人に係る後期高齢医療保険に関する
全ての書類の送付を希望する。

※以下の場合、別途送付先変更の届出が必要です。

- ・葬祭執行者がご親族様以外の場合
- ・葬祭執行者以外の方に送付先の変更を希望する場合

※この書類で送付先を登録した後に、葬祭執行者の方以外の相続人様より送付先登録があった場合、
一部の郵便物が新しい送付先に上書きされますので、ご了承ください。

窓口申請に来た方が、葬祭執行者と異なる場合に記入してください。

申請代理人	〒 住所	
	氏名	葬祭執行者との続柄
	電話	

区使用欄			入力者				
区 確 認	受 付 者		申請書兼請求書		送付先変更（有・無）		
	☐ 葬儀領収書 ☐ 証回収 （資格確認書/減額証） ☐ 収納状況確認 ☐ その他（ ）	入力			入力	再検	
				MC	同住所	/	/
		検査	1回目	広域	同住所	/	/
			2回目				