

## 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

|        |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 受付日    | 年 | 月 | 日 | 決定日  | 年 | 月 | 日 |   |   |   |   |
| 保険者番号  |   |   |   | 保険者名 |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者番号 |   |   |   | 支給金額 | ¥ | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | — |

|             |                                     |
|-------------|-------------------------------------|
| 死亡者の氏名      |                                     |
| 死亡者の生年月日    | 年 月 日                               |
| 死亡年月日       | 年 月 日                               |
| 死亡の原因       | 1: 第三者行為(交通事故等)    2: その他(自損事故・疾病等) |
| 資格取得前の保険種別※ | 国保 ( 市町 ・ 組合 ) 、 被用者保険 ( 本人 ・ 扶養 )  |
| 資格取得前の保険者名※ | (証番号: )                             |

※の欄は次のいずれかに該当する場合にご記入ください。  
 ・亡くなられた被保険者の死亡日が資格取得日から3か月以内の場合。  
 ・亡くなられた被保険者が健康保険法による傷病手当を受給していた、または受給終了後3か月以内の死亡の場合。

|               |      |       |
|---------------|------|-------|
| 葬祭執行者<br>(喪主) | 葬祭日  | 年 月 日 |
|               | 住所   |       |
|               | 氏名   |       |
|               | 電話番号 |       |

|                    |                                   |                 |                                                       |               |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| 振込先                | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店<br>支店<br>( ) | 市町担当課等に通帳を持参し、担当者署名・確認印を受けてください。通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。 | 通帳<br>確認<br>印 |
|                    | 金融機関コード                           | 支店コード           |                                                       |               |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                                   | 預金種別            | 普通・当座・( )                                             |               |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    |                                   |                 |                                                       |               |

1. 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要で
2. 口座名義人はカタカナで左づ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字あけてください。
3. この申請書提出にあたり、口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の署名・確認印を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書が提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ)を添付してください。郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印(金融機関の口座開設支店で通帳確認印欄に押印してもらってください)でも可とします。  
 なお、支給にあたっては、お住まいの市町の後期高齢者医療担当課の窓口において支払いする場合があります。

上記のとおり申請します。申請にあたり上記内容に相違なく、葬祭を執り行った者であることを誓約します。  
 なお、後期高齢者医療の資格取得前における保険者から葬祭費に相当する給付を受ける場合は、この申請を取り下げます。  
 (滋賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第2条第2項)

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日 千

住所

申請者

氏名

電話番号

死亡者との続柄

委任状

上記請求に基づく葬祭費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日 委任者

住所

氏名

届出者名

本人との続柄

届出者住所

届出者電話番号