

【記載例】下記の①～⑥の箇所についてご記入いただき、振込先口座の通帳の見開き1ページ目(カードでも可)のコピー、およびお葬式されたことがわかるもの(会葬礼状の写しや葬儀場からの領収書の写しなど)を添付し提出してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 保険者番号       |   |
| 被保険者番号      | ① 亡くなられた方の被保険者証に記載されている「被保険者番号(0から始まる8桁の数字)」をご記入ください。 |
| 死亡者の氏名      | 長 浜 太 郎   |
| 死亡者の生年月日    | ② 亡くなられた被保険者のお名前・生年月日・死亡年月日をご記入ください。                  |
| 死亡年月日       | 令和 2 年 2 月 28 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(喪主) | 葬祭日  | 令和 2 年 3 月 1 日                          |
|           | 住所   | ③ お葬式をあげられた日、喪主の方の住所・お名前・お電話番号をご記入ください。 |
|           | 氏名   | 長 浜 太 郎                                 |
|           | 電話番号 | 0 7 4 9 - 6 5 - 6 5 2 7                 |

|     |   |   |   |       |
|-----|---|---|---|-------|
| 振込先 | ④ 喪主の方の口座情報(振込先金融機関名とその支店名、口座番号、預金種別、口座名義人)をご記入ください。<br>【注意：喪主の方以外の口座への振込を希望される場合】<br>喪主をされた方とは別の方名義の口座への振込を希望される場合は、本申請書下部の「委任状」欄に喪主の方のご署名を、そして、本申請書中部の申請者欄および振込先口座記入欄には振込を希望される方のご署名および必要事項を記入してください。 | 銀行 本店<br>支店名 ( )<br>支店コード ( )<br>口座番号 ( )<br>口座名義人 (カタカナ) | 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。<br>通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。 | 通帳確認印 |
|     | 左記  | 当座 ( )  |   |       |

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
  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を提出される場合は、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)も可とします。
- ⑤ 申請書を提出される日付をご記入ください。

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 上記のとおり申請します。なお、後期高齢者医療の資格を有する。(滋賀県後期高齢者医療連合会) | 申請者                              | ⑥ 申請される方のご署名をお願いします。(申請者=振込先名義人としてください。) |
| 滋賀県後期高齢者医療連合会 様                               | 令和 2 年 3 月 3 日 〒 5 2 6 - 8 5 0 1 | 住所 滋賀県長浜市八幡東町632番地                       |
|   |                                  | 氏名 (申請者) 死亡者との続柄 妻                       |
|   |                                  | 電話番号 0 7 4 9 - 6 5 - 6 5 2 7             |

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| 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     |

※申請者とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入(届出)される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。  
届出者(書類に不備が合った場合などに、連絡させていただくことが有ります。)