

## ◆後期高齢者医療葬祭費支給申請について◆

### (1) 申請に際し必要なもの

●葬祭費支給申請書（別紙）

●葬祭をおこなったことを確認するため、次の①～③のいずれか一点

①会葬礼状

②火葬場使用料領収書

③葬儀費用の領収書又は請求書（いずれも、内訳が葬儀費用一式のもの）

※請求書は、発行日が葬祭日以降のものに限ります。

※見積書では葬祭をおこなったことが確認できないため受付できません。

●印鑑（朱肉を使用するもの）

●支給（振込）先口座の分かるもの（預金通帳、キャッシュカード等）

※葬祭執行者と支給（振込）先口座の名義人が異なる場合は、委任状が必要です。

### (2) 注意事項

- ・葬祭費の振込先を、葬祭執行者（喪主）以外の方とする場合は、委任状（別紙）を添付してください。
- ・葬祭費の支給日は、申請した月の翌月の月末（概ね28日頃）となります。支給日前日までに支給決定通知書（はがき）が送付されますのでご確認ください。
- ・葬祭執行者（喪主）様が遠方に居住等により市役所窓口に来られない方は、郵送でも受付けております。
- ・献体等のため、火葬や葬祭を行っていない場合は下記担当へご相談ください。
- ・葬祭を行った日の翌日から起算して2年を経過したときは、時効により葬祭費を受け取る権利が消滅いたします。

\*\*\*\*\*問い合わせ\*\*\*\*\*

坂戸市役所 健康保険課 後期高齢者医療係

電話 049-283-1331 内線435、439

午前8時30分～午後5時15分（土日祝日をのぞく）

\*\*\*\*\*

**裏面に記入例があります**

記入例

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

被保険者証でご確認ください。  
 ※わからない場合は未記入で結構です

保険者番号 3 9 1 1 2 3 9 6

被保険者番号 \* \* \* \* \*

申請金額 ￥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	広 域 太 郎
死亡者の生年月日	昭和 ** 年 ** 月 ** 日
死亡年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日
葬 祭 日	令和 ** 年 ** 月 ** 日
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等） 2：自損事故 ③ 疾病等
葬祭執行者	(申請者と同じ場合) <input checked="" type="checkbox"/> 下記申請者に同じ
	(申請者と異なる場合) 住 所
	フリガナ 氏 名
	死亡者との続柄

亡くなられた被保険者様の  
 氏名・生年月日・死亡年月  
 日・葬祭日(告別式)を記入  
 してください。

葬祭執行者(喪主)様が申請者と同一の場合  
 は、記入を省略できます。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	○ ○ ○	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店・支店 ( )	預金 種別	普通 当座 ( )
		( )	この欄は記入しないでください		

口座番号 (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 (カタカナ)	サ カ ト ・ コ ウ キ

口座名義人は必ずカタカナで記入して  
 ください。濁点・半濁点は1字とし、  
 姓と名の間は1字あけてください。

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点  
 上記のとおり申請します。  
 なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者  
 \*\*年\*\*月\*\*日  
 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて  
 申請者(葬祭執行者) 〒 \*\*\*-\*\*\*\*  
 住所 □□県 □□市 □□ 2-2  
 フリガナ サカ ド コウ キ  
 氏名 坂 戸 後 期  
 死亡者との続柄 子  
 電話番号 \*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*

葬祭執行者(喪主)様の住所、氏名(フリガナ)及  
 び被保険者(故人)との続柄、日中連絡のと  
 れる電話番号を記入してください。  
 ※添付書類(会葬礼状、領収書等)の名義人  
 と同一人であるか確認してください