

後期高齢者医療葬祭費等支給申請書兼請求書(様式1)

※ 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			
	被保険者氏名	(フリガナ)		
	生年月日	大正・昭和	年	月 日
	(資格確認書の返却がない場合) 被保険者住所			
	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	※社会保険等から葬祭費相当の支給を受けることができる場合や交通事故等で相手方からの補償がある場合は支給できないことがあります。		

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
		万	千	百	十	円

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

区処理欄

収受印

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

※葬祭執行者は、葬祭の執行を証明する書類に記載のある申請者の方をご記入ください。

振込口座		銀行	支店			
		信託銀行				
		信用金庫				
		信用組合	※ 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。

申請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

故人の後期高齢者医療保険に関する全ての書類を、葬祭執行者の住所(故人の送付先と異なる場合)へ送付を希望する場合、下記にチェック✓が必要です。

下記①②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。

①以下の場合は、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
- ・既に他に送付先が登録されている場合

②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、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以下枠内を記入してください。

申請代理人	〒			
	住所			
	氏名		葬祭執行者との続柄	
	電話			

令和8年4月1日 改訂

区使用欄

区 確 認	受 付 者		郵 送 ・ 窓 口	入力者					
	<input type="checkbox"/> 葬儀領収書・請求書 <input type="checkbox"/> 証回収 (資格確認書・その他) <input type="checkbox"/> 収納状況確認 <input type="checkbox"/> 本人確認 ↓確認したものに✓			申請書兼請求書	送付先変更(有・無)				
	葬祭執行者 申請代理人 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 () ()			入力		入力	再検		
				検査	1回目	MC	同住所	/	/
				2回目	広域	同住所	/	/	
備考欄									