

※太枠の中をご記入ください。

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

世田谷区長 あて

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

死	氏名	フリガナ	生年月日	大正・昭和	年	月	日
亡	死亡日			葬祭日			
	令和 年 月 日			令和 年 月 日			
者	交通事故など他の法令に基づく葬祭費に相当する給付金を受けられる場合は支給できないことがありますので、右欄にその名称等をご記入ください。（ ）						

上記の者について、次のとおり葬祭費等を申請しますので、支給額を以下の口座へ振り込んでください。
 支給額 70,000円（内訳）後期高齢者医療葬祭費（東京都後期高齢者医療広域連合）50,000円
 後期高齢者医療被保険者葬祭給付金（世田谷区） 20,000円

申請者 （葬祭執行人）	住所	〒 —						
	氏名	フリガナ	電話番号					
続柄	配偶者・子・子の子・兄弟姉妹・兄弟姉妹の子・成年後見人・その他（ ）							

振込先口座	銀行・信金 信組・農協		本店支店出張所		支店番号	口座番号					
	預金種目	口座名義人 （カタカナ）									
	普通・当座										

※口座名義人は、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。

※申請者（葬祭執行人）以外の方の口座へ振り込む場合は、裏面の委任状が必要です。

●死亡者の保険料に関するお知らせについて、申請者（葬祭執行人）以外の方への送付を希望される場合は、下欄に氏名等をご記入ください。なお、内容についてお問い合わせする場合があります。

住所	〒 —							
氏名				電話番号				

世田谷区処理欄	<input type="checkbox"/> 葬儀費用領収書	受付窓口・收受印	受付者	
	<input type="checkbox"/> 申請者欄		入力者	
	<input type="checkbox"/> 口座欄	確認者		
	<input type="checkbox"/> 委任状ほか	資格 確認	<input type="checkbox"/> 社保離3月超	<input type="checkbox"/> 社保離以外

※申請者（葬祭執行人）以外の方の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。

委任状

年 月 日

委任者（申請者・葬祭執行人）

住所 _____

氏名（署名） _____

私（申請者）は、後期高齢者医療葬祭費等の受領に関する権限を下記の者に委任します。

記

受任者（口座名義人）

住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

委任者との関係 _____

以上