

# 《記入見本》

※修正液は使用できません。

訂正がある場合は二重線で訂正してください。

第1号様式（第4条関係）

※太枠の中をご記入ください。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

## 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

被保険者番号をご記入ください。

世田谷区長 あて

申請日 ○年 □月 △日

死	フリガナ トウキョウ タロウ	氏名	東京 太郎		生年 月日	大正・昭和	○年	□月	△日
	死亡日		令和	○年		□月	△日	葬祭日	令和
亡	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。（ ）								
者									

あてはまるところに丸をつけてください。  
その他の場合は、具体的に記入してください。

支給額を以下の口座へ振り込んでください。  
東京都後期高齢者医療広域連合) 50,000円  
葬祭給付金

領収書宛名と同一の方をご記入ください。

申 請 者 ( 葬 祭 執 行 人 )	〒154-8504	世田谷区世田谷4-21-27			
	フリガナ トウキョウ ハナコ	氏名	東京 花子	電話番号	03-5432-2390
	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	東京	銀行 信金 信組・農協	世田谷	本店 支店 出張所	支店 番号	1	2	3	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7
	預金種目	口座名義人 (カタカナ)	トウキョウ	ハナコ												
	普通 当座															

※口座名義人は、上段から左詰めで記入し

※申請者（葬祭執行人）以外の方の口

申請者以外の方の口座へ振込を希望される場合は、  
申請書裏面の委任状をご記入ください。

●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	

- ・後期高齢者医療保険料の各種お知らせは、今後、申請者あてに送付します。  
ただし、死亡者との続柄からこれまでの送付先を継続する場合があります。
- ・申請者以外の方への送付を希望される場合は、こちらにご記入ください。  
なお、追加で書類の提出をお願いする場合がありますので、ご承知おきください。