

# 後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日  
 決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 2 8 2 0 1 7

被保険者番号

支給金額 ￥ 5 0 , 0 0 0 -

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日	年 月 日	
死亡年月日	年 月 日	
死亡の場所		
死亡の原因	1.病気 2.交通事故(相手あり・相手なし) 3.その他( )	
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ

※ 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。

振込先	銀行 信用金庫・組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号等 (右づめで記入してください)			
口座名義人 (カタカナ)				

※ 口座名義人はカタカナで上段より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。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 干 -

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

(喪主又は代理人※) 氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※ 代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

# 葬 祭 費 申 立 書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

1 次の何れかに☑を入れた上で、必要事項を記入ください。

年 月 日 に死亡した \_\_\_\_\_ の  
葬儀において、私とその喪主を務めたことを申し立てます。

〔葬儀は行っていないが、故人を偲ぶ会など（火葬のみの場合を含む）を行った場合〕

年 月 日 に死亡した \_\_\_\_\_ の  
葬儀は行っていないが、  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ を申し立てます。

(記入例1) お別れ会を開催し、私とその主催者であることを申し立てます。

(記入例2) 私が火葬式（直葬）を執り行ったことを申し立てます。

2 次の事項を確認及び同意した上で、下記に署名ください。

- 葬祭費の支給に関して他の遺族等と争いが生じた場合は、私の責任においてそれを解決し、他に一切の迷惑をかけないことを確約します。
- 私の他に喪主であると申し立てる者から情報公開請求があった場合は、私の氏名及び住所が開示されることに同意します。なお、ドメスティック・バイオレンス（DV）、ストーカー行為等の被害により、私の氏名及び住所が開示されることを防止する必要が生じた際は、直ちに「住民基本台帳事務における支援措置決定通知書の写し」または「（裁判所発行の）保護命令決定書の写し」を兵庫県後期高齢者医療広域連合に提出する（支援措置等が延長された場合は、その証明も提出する）ことを確約します。

年 月 日

申立人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

	申立人の本人確認書類	確認日付	担当者
市区町職員 記入欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証		
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		
	<input type="checkbox"/> その他		
	( )		