

●死亡者の被保険者（記号）番号

国保：第20号様式（第8条、第30条関係）

後期：第1号様式（第4条関係）

国民健康保険	(記号) 1 2 -	(番号)
後期高齢医療制度		

※太枠の中をご記入ください

国民健康保険

葬祭費等支給申請書

世田谷区長 あて

後期高齢者医療

金額	¥	7	0	0	0	0
----	---	---	---	---	---	---

ただし

死亡者	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名				
死亡原因に交通事故等が関係している【 はい ・ いいえ 】					

に対する葬祭費等を申請しますので、支給額を次の口座へ振り込んでください。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

振込口座	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所	支店 番号	預金 種目	普通 当座	口座 番号													
	口座名義人 (カタカナ)																		

※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）以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。委任状は裏面にあります。

申請者	(領収書宛名と同じ) 葬祭執行人	住所	〒	フリガナ	電話番号
		氏名			

【注意】死亡者が後期高齢者医療制度加入者の場合には、該当する申請者の続柄に丸をつけてください。

配偶者・子・兄弟姉妹・兄弟姉妹の子・子の子・成年後見人・その他（ ）
------------------------------------

※死亡者が後期高齢者医療制度加入者の場合には、死亡者の保険料に関するお知らせについて申請者以外の方への送付を希望される場合は、下記に氏名等をご記入ください。

住所	〒				
氏名		電話 番号			

後期高齢医療制度の葬祭費の内訳 葬祭費（広域連合分）：50,000円 葬祭給付金（世田谷区分）：20,000円

《以下は世田谷区処理欄》

添付書類チェック

葬儀費用領収書 (写)

事象発生日 (死亡日)
年 月 日

備考

資格確認 (社保離3カ月チェック)		
<input type="checkbox"/> 社保離3カ月超	<input type="checkbox"/> 社保離以外	
受付窓口・收受印	受付者	
	入力者	
	確認者	
	所管課担当	
	決定入力日	

# 委任状

世田谷区長 あて

年 月 日

委任者（申請者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名（署名） \_\_\_\_\_

私（申請者）は、後期高齢者医療葬祭費等または国民健康保険葬祭費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