

後期高齢者医療保険葬祭費の郵送請求を希望する方へ

① 葬祭費支給申請書

申請者は、葬儀を行なった方となります。所定の用紙に必要事項を漏れなく記入してください。申請人の電話番号は、日中連絡が取れる番号をご記入ください。

② 亡くなられた方の被保険者証

限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受領証がある場合は、併せてお返してください。病院等への支払いが終わっていない場合は、精算が終了してからお返してください。

③ 葬儀費用の領収書【原本】（コピーは不可）

名義は申請者と同一人である必要があります。不一致の場合は、下記にお問い合わせください。

葬儀代金・葬儀一式の表示がない領収書の場合は、請求書も必要です。

内金、残金で分かれている領収書の場合は、両方ともご提出ください。

④ 領収書の返信用封筒

領収書の返却が必要な方は、ご自身の住所・氏名を宛名とし、**84円切手**を貼った返信用封筒を必ず同封してください。

領収書は返信用封筒が同封されている場合のみ普通郵便にてご返却致します。
(同封されていない場合は、ご返却致しませんのであらかじめご了承ください。)

⑤ 申請者名義の預金通帳表紙裏側のコピー

支店名、口座番号、金融機関で登録されているカナ氏名を確認します。

読み仮名の違いなどでエラーが発生すると支払いが遅くなります。

支給制限 交通事故等の第三者行為、公害病等により亡くなった場合には支給されないこともあります。死亡原因を正しくお書きください。

請求期限 葬儀を行った日の翌日から2年以内

支払方法 **口座振込み**

送付先 〒120-8510 東京都足立区中央本町1-17-1
足立区役所 高齢医療・年金課 高齢医療係

※その他ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください

問い合わせ 直通電話: **03 (3880) 5874**
FAX: **03 (3880) 5981**

後期高齢者医療葬祭費・葬祭付加金支給申請書

申請日 年 月 日

提出先
足立区長

下記のとおり申請します。

支給金額		¥70,000-
内	葬祭費(後期高齢者医療給付分)	¥50,000-
訳	葬祭付加金	¥20,000-

死亡者関係事項	被保険者番号					
	氏名					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	死亡年月日		年	月	日	
	死亡の原因(病名など)					
	葬儀を行った日(告別式)		年	月	日	
	公害医療支給	なし	・	あり	(制度名)

申請人(葬儀をした人)	住所	〒 -				
	電話(日中連絡先)					
	氏名				続柄	
	振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店・支店	預金種別 普通座 当座
	口座番号					
	口座名義(カタカナで記入)					

※ 窓口に来た方と申請人が相違する場合に記入してください。

申請代理人	住所	電話			
	氏名	申請人との続柄			

処理欄	適用開始 年 月 日					
	受付	死亡確認	入力	口座入力	確認	整理番号