

## 後期高齢者医療 葬祭費支給申請のご案内

### 1. 概要

後期高齢者医療制度に加入された方が亡くなった際、葬祭を行った方（喪主）に**葬祭費として5万円**が後日支給されます。

### 2. 郵送での手続きに必要なもの（申請者・振り込み先が喪主本人）

- ① 葬祭費支給申請書・申立書
- ② 喪主の本人確認書類（写）
- ③ 喪主の振り込み先の口座がわかるもの（写）
- ④ 亡くなられた方の後期高齢者医療被保険者証または資格確認書
- ⑤ 死亡届または死亡診断書（写）

※川西市に死亡届を提出済みの場合は上記⑤不要

**※申請は葬祭後にお願いいたします**

### 3. 葬祭費の支給に関して

- ・ 申請月の2ヶ月後の概ね9日頃に、**兵庫県後期高齢者医療広域連合**から**申請頂いた口座**に振り込まれます。  
※（不備等がない）書類一式が川西市役所（医療助成・年金課）に届いた月＝申請月となります
- ・ お振り込みに際して、**兵庫県後期高齢者医療広域連合より支給決定通知が郵送で**届きます。

### 4. その他の事項

- ・ 原則、本人確認書類はマイナンバーカード・運転免許証・後期高齢者医療被保険者証または資格確認書、などのいずれか1点となります。
- ・ 書類に不備等ございますと返戻させていただく場合がございます。
- ・ ご不明点等ございましたら、医療助成・年金課までお問い合わせください。

記入例

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 1 7 3

必要事項に記入・該当するものに○をつけてください  
※誤って記入した場合は二重線で消して、訂正してください

|           |                                 |
|-----------|---------------------------------|
| 死亡者の氏名    | 川西 太郎                           |
| 死亡者の生年月日  | 明治・大正・昭和 年 月 日                  |
| 死亡年月日     | 令和 年 月 日                        |
| 死亡の場所     | ○△×病院 ※自宅の場合は“自宅”と記入            |
| 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       | □申請者に同じ ※申請者＝喪主の場合は区のみで記入不要     |
| 氏 名       | □申請者に同じ ※申請者＝喪主の場合は区のみで記入不要     |
| 連絡先(電話番号) | □申請者に同じ ※申請者＝喪主の場合は区のみで記入不要     |

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 振込先                   | ○△ 銀行 信用金庫・組合 農業協同組合 ( ) |
| 口座番号等<br>右づめで記入してください | 0 0 0 0 0 0 0 0          |
| 口座名義人<br>(カタカナ)       | カワニシ シ・ロウ                |

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。  
上記のとおりに申請します。

令和 年 月 日 ※記入日を記入  
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様 干 666 - 0000

申請者 住 所 川西市 〇〇町 △-×

(喪主又は代理人※) 氏 名 川西 二郎

死亡者との続柄 子

連絡先(電話番号) 072 - 000 - 0000

※代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

裏面葬祭費申立書 あり・なし

|              |                                 |    |     |
|--------------|---------------------------------|----|-----|
| 市職員<br>記入欄   | 本人確認<br>・運転免許<br>・旅券(ハ)<br>・( ) | 確認 | 受付者 |
| 記入不要         |                                 |    |     |
| 続 柄 電話番号 - - |                                 |    |     |

記入例

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。  
〔葬儀を行ったが、喪主の氏名を確認できるもの(会葬礼状や葬儀領収書の写し等)を添付できない場合〕  
☑ 年 月 日に死亡した 川西 太郎 の  
葬儀において、私が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、私が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開示請求があった場合は、兵庫県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第8条第1項に基づき、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 ※記入日を記入

申立人

川西市 〇〇町 △-×

住 所

川西 二郎

氏 名

※喪主の住所・氏名を記入

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 1 7 3

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              |           | 明治・大正・昭和                        | 年 | 月 | 日 |
| 死亡年月日                 |           | 令和                              | 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<br>祭<br>執<br>行<br>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(電話番号) | <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<br>込<br>先           | 銀 行           | 本店    | 預<br>金<br>種<br>別 | 1 普 通 |
|                       | 信 用 金 庫 ・ 組 合 | 支 店   |                  | 2 当 座 |
|                       | 農 業 協 同 組 合   | 出 張 所 |                  | 4 貯 蓄 |
|                       | ( )           | ( )   |                  |       |
| 口座番号等<br>右づめで記入してください |               |       |                  |       |
| 口座名義人<br>(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。

上記のとおりに申請します。  
令和 年 月 日  
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様 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。

裏面葬祭費申立書 あり・なし

|            |                              |           |                   |                                                          |  |     |
|------------|------------------------------|-----------|-------------------|----------------------------------------------------------|--|-----|
| 市職員<br>記入欄 | 本人確認欄                        | 確認<br>書類欄 | 決定通知書送付先(※申請者が記入) |                                                          |  | 受付者 |
|            | ・運転免許証<br>・旅券(パスポート)<br>・( ) |           | 喪主<br>以外          | 通知書の送付先 ( 喪 主 ・ 申 請 者 )※いずれかに○                           |  |     |
|            |                              |           | 申請者<br>喪主         | ※海外在住等の理由により別住所希望の場合のみ記入<br>送付先住所<br>氏 名<br>続 柄 電話番号 - - |  |     |
|            |                              |           |                   |                                                          |  |     |

## 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。

〔葬儀を行ったが、喪主の氏名を確認できるもの（会葬礼状や葬儀領収書の写し等）を添付できない場合〕

☐ 年 月 日 に死亡した の  
葬儀において、私が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、私が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開示請求があった場合は、兵庫県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第8条第1項に基づき、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