課 長	係 長	係	受　付　印

支 給 額
５０，０００円

葬　祭　費　支　給　申　請　書

後期高齢者医療被保険者番号	保険者番号	３９１３２２１２	被保険者番号	

死亡者関係事項	死亡者氏名	フリガナ		生年月日	
		氏名		大正・昭和　年　月　日	
	死亡者住所	清瀬市			
	死亡年月日	令和　年　月　日	葬祭執行年月日	令和　年　月　日	

ゆうちょ銀行以外の金融機関	振込指定銀行	銀行 信用金庫 農業協同組合														本店 支店					
	口座番号															普通・当座・その他					
ゆうちょ銀行	金融機関コード	通帳記号							通帳番号											預金種別	
	9900	1				0	の													普通	
口座名義		(フリガナ)																			
		氏　名																			

注意１：申請の際には葬儀の領収書または会葬礼状の写し（喪主宛　故人名記載）を添付してください。
注意２：振込先は喪主の口座（領収書のお名前の方）をご記入ください。
注意３：今後、高額療養費等の支給が発生した際に上記の口座を相続人代表として振込手続きをさせていただきますので、「申立書」のご提出をお願いいたします。
注意４：喪主以外の方が申請・受領を希望される場合は裏面の委任欄にご記入ください。
注意５：ゆうちょ銀行の通帳記号と通帳番号の間に１桁の数字がある場合、その数字は記入不要です。

上記のとおり申請いたします。

清瀬市長殿

令和　　年　　月　　日

申請者（喪主）　〒　　－

住所：

氏名：

電話：　　死亡者との続柄：

本人確認　：　マイナンバー ・ 免許証 ・ 資格確認書 ・ その他

委　任　状

清瀬市長　殿

委任者（喪主）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は下記の者に、清瀬市後期高齢者医療葬祭費の（申請・受領）に関する権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

受任者（申請者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿死亡者との続柄　：＿＿＿＿

受任者（口座名義人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿死亡者との続柄　：＿＿＿＿

申　立　書

東京都後期高齢者医療広域連合長　殿
清瀬市長　殿

被相続人（亡くなられた被保険者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（令和　　年　　月　　日死亡）

後期高齢者医療被保険者番号（　　）

私は、相続人代表者として、上記被相続人に係る後期高齢者医療給付費及び高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請、請求、受領を行うことを申し立てます。

なお、本申立に関して問題が生じた場合は、私が責任を持って処理し、東京都後期高齢者医療広域連合及び清瀬市に一切迷惑をかけないことを申し添えます。

令和　　年　　月　　日

申立者（相続人代表者）

〒　　―

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被相続人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿