

申立・誓約書（相続手続）

平成 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者(相続人代表者)

(〒 -)

住所

氏名

印

死亡した受給者との続柄

電話番号

夫・妻・子・その他 ()

私は、相続人代表者として、下記被相続人（死亡した受給者）死亡後における、被相続人に係る下記後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、広島県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

- 療養費（入院時食事・生活療養費差額・海外療養費・移送費含む）
 高額療養費
 高額介護合算療養費

※該当する医療給付費にチェックをしてください。

死亡した被保険者(受給者)の住所・氏名

住所

氏名

(平成 年 月 日死亡)

被保険者番号

【上記医療給付費の振込先】

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 金 組 農	行 庫 合 協	本店支店 ()		預 金 種 別	普 通 当 座 ()
			金融機関コード	支店コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。			※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。			
口座番号(右詰)	記号・番号					
口座名義人 (カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マスあけてください。					

受付時使用欄		担当者印	受付日
本人確認(申請時) <input type="checkbox"/>	標準システム入力 <input type="checkbox"/> 申立者情報 <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 相続人欄チェック <input type="checkbox"/> 口座使用終了日		
法定相続人確認方法 <input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 標準システム ※要 相続人判定図作成及び添付 <input type="checkbox"/> 住基情報等 ※要 相続人判定図作成及び添付 <input type="checkbox"/> その他 ()			
保険者番号	3 9 3 4		