

# 申立・誓約書（相続手続）

令和 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

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（外来年間合算含む）  
 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 尾道市

氏名

(平成・令和 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	銀行 組合 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"/>	標準システム口座確認(申請時) <input type="checkbox"/> 現行入力済科目確認																		
法定相続人確認方法 <input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 標準システム <input type="checkbox"/> 住基情報等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	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																		
保険者番号										3	9	3	4	2	0	5	0		

確認  
済・無