

申立書

令和 年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

郵便番号 _____

申立者
(相続人代表者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____

(電話番号)
被相続人からみた続柄 _____

私は、_____ (下記被相続人) の死亡にともない、相続人代表として、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付の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置いたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	

上記支払いについて、下記の口座に振り込んで下さい。

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・出張所 <small>(ゆうちょ銀行の場合数字3ケタです)</small>			
	コード							
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号 (左詰で記載)						
口座名義人 (カタカナ)	口座名義人は申立者(相続人代表者)となります							

※相続人代表者の口座に振り込みをする場合は、公金受取口座を利用することはできませんので、口座情報を必ずご記入ください。

※送付先の変更について (変更を希望しない場合被保険者あてに送付となります。) 高額療養費等給付に関する通知について、申立者 (相続人代表者) 宛に送付を希望します。

申立者氏名 _____ (印)