

(相続人用)

# 申立・誓約書

平成 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

〒

申立者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

私は、下記被保険者死亡後における高齢者の医療の確保に関する法律第 56 条に規定される医療給付費（高額介護合算療養費を除く）の受領について、関係書類を添えて申し立てます。支払いは私の下記振込先金融機関へ口座振込をして下さい。

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、福島県後期高齢者医療広域連合に対して、異議を申し立てないことを誓約します。

死亡した被保険者	被保険者番号									氏名	( 年 月 日死亡)
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	住所				

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別 普通当座 ( )
	口座番号	※口座番号は、7桁記入願います。 (例 1 2 3 4 → 0 0 0 1 2 3 4)	

(カタカナ)	
口座名義人	

※注意 申立者（口座名義人）は法定相続人になります。

受付時使用欄 (市町村確認欄)	市町村担当者印
申立者の被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 資格確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿等による確認 (住民基本台帳、戸籍謄本等) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 死亡した被保険者の口座が配偶者・他親族の振込口座として登録がないか確認 <input type="checkbox"/> 配偶者登録口座 (有・無) ※有の場合は変更申請を依頼。 <input type="checkbox"/> 他親族登録口座 (有・無)	