

後期高齢者医療給付費受領申立書
高額医療合算介護（予防）サービス費受領申立書

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様
市町村長 様

〒

申立者 住所

（相続人代表者）

氏名は「署名（自署）」又は「記名（印字、ゴム印等）＋押印」をお願いします。
フリガナ

氏 名

電話番号

死亡した被保険者との続柄

私は、 の相続人代表として、被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る（後期高齢者医療給付費・高額医療合算介護（予防）サービス費）の申請、請求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、高知県後期高齢者医療広域連合、及び市町村に対し、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被保険者 （被相続人）	被保険者番号	後期高齢者医療		介護保険	
	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 生			
	死 亡 日	令和 年 月 日 死亡			

― 口座振替依頼欄 ―（相続人代表者名義の口座）

（後期高齢者医療給付費・高額医療合算介護（予防）サービス費）については、下記の口座に振り込んでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （ ）	本店 本所 （ ）	支店 支所 （ ）	預金種別	普通座 （ ）
口座番号					
フリガナ					被保険者との続柄
口座名義人					

※ 申立者の本人確認書類が必要です。
※ 申立者と口座名義人が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

【市町村確認欄】

- ① 確認結果＜被相続人の配偶者（死亡・無）、子または孫（死亡・無）、父母（死亡・その他）＞
② 申立者が甥・姪の場合＜被相続人の（兄・弟・姉・妹）である申立者の（父・母）は死亡している＞
③ 確認方法（口頭・戸籍・その他） ※確認者 印

47レセプト 有・無

高額療養費同時申請 有・無

介護合算同時申請 有・無