

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
(相続人代表者)

住所

フリガナ

氏名

印

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・支店 ()	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