

申立・誓約書（相続手続（葬祭費））

受付日 年 月 日

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

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。

■ 葬祭費

死亡した被保険者名							
被保険者番号							

死亡した葬祭執行者(受給者)の住所・氏名

住所

氏名

(年 月 日死亡)

【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	銀金組農	行庫合協	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。						
口座番号(右詰)						
			※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。			
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。						
口座名義人(カタカナ)						

受付時使用欄	担当者印
本人確認(申請時) <input type="checkbox"/>	
法定相続人確認方法	
<input type="checkbox"/> 戸籍等	
<input type="checkbox"/> 標準システム ※要 相続人判定図作成及び添付	
<input type="checkbox"/> 住基情報等 ※要 相続人判定図作成及び添付	
<input type="checkbox"/> その他 ()	