

# 申立・誓約書（相続手続）

令和 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 夫・妻・子・その他 ( )

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。

該当する医療給付費にチェック(☑)をしてください。

高額療養費(外来年間合算含む)

〈死亡した被保険者（受給者）が高額療養費の支給を申請していなかった場合〉

この書面をもって高額療養費の支給を申請します。また、高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更となった場合には、その後の高額療養費の支給額で調整されることを承諾します。都道府県または市区町村（以下「市町等」という。）による福祉医療費助成制度（重度心身障害者医療費等）の利用に伴い、高額療養費が発生した場合には、市町等の助成額分による高額療養費の全部または一部を市町等の長が受領することに同意します。

※受診又は入院の原因が、第三者行為（交通事故等）又は労働災害による受傷・疾病で、保険会社等の補償等を受けている場合は、高額療養費の支給対象にならないことがあります。（第三者行為（交通事故等）又は労働災害による受傷・疾病の 有・無）

高額介護合算療養費

療養費(入院時食事・生活療養費差額・海外療養費・移送費含む)

死亡した被保険者(受給者)の住所・氏名

住所

氏名 (令和 年 月 日死亡)

被保険者番号

【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	銀行 組 農	行 庫 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。		※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。				
口座番号(右詰)				記号・番号		
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		受付日	
<input type="checkbox"/> 本人確認(申請時)	標準システム入力				
<input type="checkbox"/> 申請が必要な給付費確認	<input type="checkbox"/> 振込先口座情報（「相続人」にチェック） <input type="checkbox"/> 口座使用終了日（旧口座がある場合） <input type="checkbox"/> 高額療養費受付（申請者情報欄必須）				
法定相続人確認					
<input type="checkbox"/> 戸籍等	※相続人判定図を添付する場合、戸籍等の添付は不要です。	保険者番号		3	9
<input type="checkbox"/> 住基情報等	※相続人判定図を作成し、添付してください。			3	4
<input type="checkbox"/> 標準システム	※相続人判定図を作成し、添付してください。				
<input type="checkbox"/> その他 ( )					