

申立・誓約書（相続手続（葬祭費））

受付日 年 月 日

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

印

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 | 銀行 | 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 | | |
| | | | | | | | |
| 口座番号（右詰） | | | | 記号・番号 | | | |
| 口座名義人（カタカナ） | 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。 | | | | | | |

| 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（ ） | |