

後期高齢者医療給付費受領申立書

令和 年 月 日

石川県後期高齢者医療広域連合長様

申立人 住所
(相続人代表)
氏名
死亡した被保険者との続柄

私は、相続人代表として、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（申立人）が責任を持って異議のないよう処理し、石川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。

被相続人 住所
(死亡した受給者)
氏名
被保険者番号
死亡年月日 令和 年 月 日

支払先口座

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。網掛けの中は記載不要です。

Table with columns for bank type (振込先), branch (本店・支店), account type (預金種別), and account details (口座番号等, 口座名義人).

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。