（相続人用）

**申　立　・　誓　約　書**

　　　年　　　月　　　日

　　福島県後期高齢者医療広域連合長

　　　　　　　　　　　　〒

　申立者　　住　所

（法定相続人）　氏　名

　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　　―

　　　　　　死亡した被保険者との続柄

私は、下記被保険者死亡後における高齢者の医療の確保に関する法律第56条に規定される医療給付費（高額介護合算療養費を除く）の受領について、関係書類を添えて申し立てます。支払いは下記振込先金融機関へ口座振込をして下さい。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、福島県後期高齢者医療広域連合に対して、異議を申し立てないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  死亡した | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | 氏名 | （　　年　　月　　日死亡） |
| 生年月日 | 年　月　日 | | | | | 住所 | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  当 座  （ 　　　） |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 番 号 | |  |  |  |  |  |  | |  | ※口座番号は、７桁記入願います。  （例１２３４→０００１２３４） | | | | | | | |
| （ カタカナ ） | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 座 名 義 人 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

※申立者以外の名義の口座に振込を希望する場合は、下記の受領委任欄を記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| **受領委任欄** | 令和　　年　　月　　日　　　　委任者　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　 （ 申立者 ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　私（申立者）は本申立に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　　住　所  （口座名義人）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 |

|  |  |
| --- | --- |
| **受付時使用欄　（市町村確認欄）** | **市町村担当者印** |
| 申立者の被保険者との関係  □同居親族　　□ 別居親族　　□ その他　（ 　　　　　　　　　　）  資格確認方法　　　□　公簿等による確認（住民基本台帳、戸籍謄本等）  　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　死亡した被保険者の口座が配偶者・他親族の振込口座として登録がないか確認  　　　□　配偶者登録口座（　有　・　無　）※有の場合は変更申請を依頼。  　　　□　他親族登録口座（　有　・　無　） |  |