（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　） |  |